

Assurance Complémentaire Santé ESSENTIELLE

Document d'information sur le produit d'assurance de la CDC MUTUELLE
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité – SIREN : N°784301434
Siège social : 71 rue Desnouettes– 75015 Paris
Produit : ASSURANCE COMPLEMENTAIRE SANTE HISTORIQUE



Ce document d'information présente un résumé des principales prestations accordées au titre de cette garantie et les 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.

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

La complémentaire santé ESSENTIELLE est destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent et des éventuels ayants-droit en cas de maladie ou de maternité, d'accident ou d'hospitalisation, en complément de la sécurité sociale française. Vous pouvez également souscrire à l'un des deux options.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds [et peuvent varier en fonction du niveau de garantie choisi]. Ils ne peuvent être plus élevés que la dépense engagée. Les montants ou forfaits pris en charge figurent dans le tableau des garanties de CDC Mutuelle.

HOSPITALISATION - suivant tableau des prestations

- Honoraires chirurgicaux
- Franchise de 18 euros
- Frais de séjour
- Forfait journalier hospitalier
- Chambre particulière selon tableau des garanties
- Frais d'accompagnement selon tableau des garanties
- Frais de transport

✓ SOINS COURANTS - suivant tableau des prestations

- Consultations et visites de médecins généralistes ou spécialistes
- Radiologie
- Auxiliaires médicaux
- Analyses médicales

✓ PHARMACIE - suivant tableau des prestations

- Médicaments prescrits et remboursés par la Sécurité sociale
- Vaccinations prescrites et remboursées par la Sécurité sociale

✓ OPTIQUE - suivant tableau des prestations

- Verres
- Monture
- Lentilles de contact

✓ DENTAIRE - suivant tableau des prestations

- Soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale
- Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale
- Implantologie non prise en charge par la Sécurité sociale
- Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale
- Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale (selon option)
- Traitement esthétique actif pris en charge par la Sécurité sociale
- Parodontologie prise en charge par la Sécurité sociale
- Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale (selon option)

✓ AIDES AUDITIVES

- Selon la base et les options



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les consultations hors du parcours de soins coordonnés.
- ✗ Les actes non reconnus par les régimes obligatoires d'assurance maladie, sauf actes prévus dans tableau des garanties
- ✗ Les soins et hospitalisations effectués en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ La chirurgie esthétique et les actes esthétiques
- ✗ Les dépenses de soins effectuées dans les unités de soins de long séjour, dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent une assistance à domicile
- ✗ Le forfait journalier franchisé pour les établissements médicaux sociaux (MAS) ou les personnes dépendantes (EHPAD), ainsi que le forfait journalier facturé dans le cadre de l'accueil familial thérapeutique



Y a-t-il des exclusions et/ou restrictions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! Participation forfaitaire de 1 euro sur chaque consultation médicale et acte de biologie médicale
- ! Non prise en charge de la franchise forfaitaire annuelle – Art L 322-2 du Code de la Sécurité sociale (pharmacie, auxiliaires médicaux et transports sanitaires)
- ! Dépassements d'honoraires des actes chirurgicaux (selon option)
- ! Les actes hors nomenclature
- ! Les frais non remboursés par la Sécurité sociale (selon option)

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! Forfait journalier hospitalier et psychiatrique selon tableau des garanties
- ! Supplément chambre particulière selon tableau des garanties
- ! Dentaire : forfait implantologie et parodontologie selon tableau des garanties
- !

✓ CURE THERMALE - suivant tableau des prestations

- Honoraires médicaux, frais de traitements, forfait hébergement, frais de déplacement en complément de la prise en charge par la Sécurité sociale

✓ PREVENTION

-Médecine douce (acupuncture, ostéopathie, chiropractie, podologue/pédicure)

-Actes préventifs (vaccination, ostéodensitométrie)

- Tests de grossesse, de glycémie, du cholestérol (selon option)

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



Optique :

- Une monture + deux verres par période de deux ans
- Forfait opération de la myopie par œil



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France métropolitaine et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quel que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension et de résiliation des garanties pour défaut de paiement des cotisations vous devez :

À la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par la mutuelle,
- Fournir les pièces justificatives nécessaires à l'adhésion,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat,
- S'acquitter des cotisations dues (ou fraction de cotisation) indiquées au contrat,
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre sécurité sociale,
- Informer la mutuelle de toute modification survenant au cours de l'adhésion en lui transmettant les pièces justificatives nécessaires.

En cas de sinistre :

- Déclarer tout sinistre le plus rapidement possible et fournir tous les justificatifs nécessaires aux remboursements des prestations.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations peuvent être réglées soit, en un paiement unique lors de l'adhésion ou de la reconduction, soit par paiement fractionné (mensuel).

Le paiement des cotisations peut être effectué par chèque, par prélèvement unique ou mensuel, par virement.

La date, le terme et la périodicité de paiement sont indiqués dans le contrat. L'adhérent autorise la Mutuelle à faire effectuer sur comptes bancaires la retenue mensuelle des cotisations, dont il est redevable.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est indiquée sur le bulletin d'adhésion.

Le contrat est conclu soit pour une durée de 12 mois, soit au prorata temporis et se renouvelle automatiquement à son échéance, sauf dénonciation selon la législation en vigueur.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- En adressant à la mutuelle une lettre recommandée avec accusé de réception au moins deux mois avant la date d'échéance du contrat. Vous pouvez également résilier à tout moment dès lors que vous êtes couvert par CDC Mutuelle depuis un an. Le délai de préavis est d'un mois.
- Lorsque les conditions d'adhésion ne sont plus remplies ou en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis dans les trois mois suivant la date de l'évènement.