

Assurance Complémentaire Santé



Document d'information sur le produit

Assureurs du produit : Mutuelle des Cliniques de France – Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité – SIREN 332 759 554 – Siège social : 28 Rue Fortuny – 75017 Paris / ACE EUROPE – Le Colisée, 8 avenue de l'Arche – 92419 Courbevoie Cedex.

Produit : GREMAT

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. En particulier les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

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

La complémentaire santé GREMAT 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, d'accident ou d'hospitalisation, en complément de la sécurité sociale française. Elle fournit également à l'adhérent des prestations d'assistance vie quotidienne et voyages et une couverture contre les conséquences financières des dommages causés au tiers dans le cadre des activités définies dans le contrat.



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

LES GARANTIES D'ASSURANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

Les prestations s'inscrivent dans le cadre du parcours de soins et en dehors.

- ✓ Soins courants : médecins traitants et correspondants (généralistes ou spécialistes), chirurgie sans hospitalisation, consultations en accès direct, soins externes dans un centre de santé, analyses, imagerie diagnostic et échographie, prothèses (hors dentaire), appareillages et accessoires, transport.
- ✓ Hospitalisation : hospitalisation médicale et chirurgicale, participation assuré 24 €, forfait journalier hospitalier (20 € par jour et 15 € pour la psychiatrie et neuropsychiatrie), supplément chambre particulière ou lit d'accompagnement (25 € par jour), complément hospitalisation du 4ème jour au 8ème inclus (15 € par jour).
- ✓ Pharmacie : médicaments remboursés à 30% et 65% par la sécurité sociale.
- ✓ Frais dentaires : soins, prothèses, orthodontie et forfait supplémentaire (150 €)
- ✓ Frais optiques : optique acceptée par la sécurité sociale et forfait (150 €).
- ✓ Actes paramédicaux : soins infirmiers, sage-femme, kinésithérapie, orthoptie et orthophonie (après acceptation de la sécurité sociale), thermalisme.
- ✓ Forfaits : Podologue (50 €), prime mariage (50 €), opération myopie pour les deux yeux (300 €), médicament non prescrits (20 €), veinotoniques non remboursés (20 €), contraceptions (90 €), naissance (250 €), sevrage tabagique (50 €), bien être (80 €).
- ✓ Actes de prévention (bilan du langage oral, vaccins et rappels) et bas de contention
- ✓ Individuelle Accident : frais de soins et capital invalidité permanente.
- ✓ Responsabilité civile : garantit l'assuré contre les conséquences financières des dommages corporels matériels et immatériels causés au tiers.
- ✓ Défense et recours dans le cadre d'un litige.
- ✓ Fonds d'entraide (sur décision de la mutuelle).

LES PRESTATIONS D'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ Assistance domicile et vie quotidienne : organisation de l'admission à l'hôpital et soutien au domicile en cas de maladie, d'accident ou de décès.
- ✓ Assistance voyages : transport ou rapatriement médical, remboursement de frais médicaux, avance des frais d'hospitalisation, assistance en cas de décès, aide au voyage.

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



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les actes prescrits et dispensés en dehors de la période d'ouverture des droits.



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

Les principales exclusions

Garanties santé

- ! Les actes de chirurgie esthétique non consécutifs à un accident.
- ! Les interventions entraînées par une maladie ou une infirmité antérieure à l'admission.
- ! Les interventions, quelle qu'en soit la cause, pratiquées à la suite d'actes volontairement commis par l'assuré (tentative de suicide, mutilation, duel), des faits de guerre et autres cataclysmes, de compétitions, démonstrations acrobatiques, raids, vols d'essai, vols sur prototypes, tentatives de record.
- ! Les maladies, infirmités et hospitalisations prises en charge à 100 % par la sécurité sociale.
- ! Les maladies mentales (Code de la Santé).

Assistance domicile et vie quotidienne

- ! Les demandes non justifiées, les maladies chroniques et l'invalidité permanente, antérieurement avérées ou constituées, les états de grossesses et ceux résultant de l'usage de drogues et stupéfiants.

Assistance voyages

- ! Les frais non prévus, engagés sans accord préalable, ou non justifiés par des documents originaux.

Responsabilité civile

- ! Les dommages résultant d'une activité professionnelle ou de l'exercice d'une fonction publique, de la pratique de la chasse et de tout sport professionnel, de l'usage des armes à feu dont la détention est interdite.

Défense recours

- ! Les litiges inférieurs à 225 € et les litiges de mitoyenneté.

Les principales restrictions

Soins courants

- ! Les consultations en accès direct sont limitées à 20 séances par an pour la psychiatrie et neuropsychiatrie.

Hospitalisation

- ! Le forfait journalier hospitalier est limité à 90 jours par an pour la psychiatrie et neuropsychiatrie.
- ! Le supplément chambre particulière est limité à 30 jours par an, le lit d'accompagnement à 20 jours par an pour l'un des deux parents.

Forfaits

- ! Le forfait opération myopie pour les deux yeux est divisé par deux si l'opération est effectuée sur un œil.
- ! L'adhérent ne bénéficie du forfait naissance qu'après 10 mois d'adhésion.

Assistance voyages

- ! Le remboursement des frais médicaux et l'avance des frais d'hospitalisation sont limités à 5.336 € TTC et à 76.225 € TTC pour les Etats-Unis, le Canada, l'Australie, le Japon et l'Asie du Sud Est.

Vous pouvez consulter la liste exhaustive des exclusions et restrictions dans le règlement mutualiste et les notices d'information.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France métropolitaine pour les Garanties santé et l'Assistance domicile et vie quotidienne.
- ✓ Dans le monde entier en ce qui concerne l'Assistance voyages, l'Individuelle Accident et la Responsabilité civile.
- ✓ En France métropolitaine et à Monaco pour la garantie Défense recours.



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 d'établissement des volets de décompte par la sécurité sociale ou l'organisme conventionné,
- 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,
- Se soumettre au contrôle des médecins désignés par la mutuelle et éventuellement de la personne habilitée à la représenter pour une mission d'information.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations varient selon l'âge de l'adhérent et peuvent être réglées soit, en un paiement unique lors de l'adhésion ou de la reconduction, soit en paiements fractionnés (mensuels, trimestriels, semestriels).

Le paiement unique peut être effectué par chèque, par carte bancaire ou en espèces. Le paiement fractionné s'effectue uniquement par prélèvement bancaire le 10 du mois considéré.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat prend effet le premier jour du mois civil qui suit la réception du bulletin d'adhésion par la mutuelle. Un délai de carence d'1 mois s'applique lors d'une première adhésion si vous n'étiez pas couvert par une autre mutuelle et uniquement en cas de maladie. Il est de 10 mois pour la maternité.

Le contrat est conclu pour une durée de 12 mois et se renouvelle automatiquement au 1er janvier de l'année suivante, sauf dénonciation par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la mutuelle.



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.
- 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.