

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 / AXA France IARD – 313, Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex / CHUBB European Group SE – La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie.

Produit : SERENITE

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 SERENITE 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 d'hospitalisation, en complément de la sécurité sociale française. Elle fournit également à l'adhérent des prestations d'assistance 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

- ✓ Soins courants et pharmacie: médecins généralistes et spécialistes, radiologie, prélèvements, vaccins et rappels (forfait), analyses biologiques, auxiliaires médicaux, transport médical, pharmacie (médicaments remboursés à 30% et 65% par la sécurité sociale).
- ✓ Hospitalisation chirurgicale: actes techniques et chirurgicaux, forfait journalier hospitalier (18 € par jour et 13,50 € pour la psychiatrie).
- ✓ Frais dentaires: soins dentaires (hors prothèses).
- ✓ Frais optiques : optique acceptée par la sécurité sociale.
- ✓ Responsabilité Civile :
 - Responsabilité civile obligatoire et responsabilité civile médicale,
 - Défense et recours dans le cadre d'un litige,
 - Protection juridique.
- ✓ Assistance voyages.
- ✓ Fonds d'entraide (sur décision de la mutuelle).

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ Assistance Rapatriement: transport, rapatriement, 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 soins et hospitalisations effectués en dehors de la période de validité du contrat.



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

Les principales exclusions

- ! Les pansements, les accessoires, le petit appareillage et le grand appareillage.
- ! Les produits d'origine humaine, les prothèses et les cures thermales.
- ! L'orthopédie et les traitements d'orthopédie dento-maxillo-faciale.
- ! Les médicaments non remboursables, à vignette orange et les préparations magistrales.
- ! La grossesse, la maternité et l'interruption volontaire de grossesse.
- ! Les accidents de travail et maladies professionnelles.
- ! Les traitements de psychanalyse, de psychothérapie et ceux à visée esthétique.
- ! La dépression nerveuse et tous les soins réalisés hors du territoire métropolitain et des départements d'outre-mer.

Responsabilité civile obligatoire

- ! Les dommages résultant d'une activité professionnelle, de la pratique de la chasse (hors chasse sous-marine), de tout sport professionnel et de l'usage des armes à feu dont la détention est interdite.

Responsabilité civile médicale

- ! Les dommages résultant d'actes professionnels prohibés par des dispositions légales ou réglementaires, ou exécutés par des personnes non habilitées à les faire ; les conséquences d'un acte à finalité purement esthétique.

Assistance Rapatriement

- ! Les frais non prévus, engagés sans accord préalable, ou non justifiés par des documents originaux ; les frais liés à des interventions à caractère esthétique.

Les principales restrictions

Hospitalisation

- ! Le forfait journalier hospitalier est limité à 15 jours par année universitaire et 7 jours pour la psychiatrie et neuropsychiatrie.

Assistance Rapatriement

- ! 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.
- ✓ Dans le monde entier en ce qui concerne les prestations d'assistance (à l'exclusion des pays en guerre ou d'instabilité politique notoire) et la Responsabilité Civile (à l'exclusion des États Unis et du Canada en ce qui concerne la responsabilité civile médicale).



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 indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat,
- Pour toute hospitalisation (hors accident), adresser à la mutuelle une demande de prise en charge comprenant un certificat médical expliquant le(s) motif(s) de l'hospitalisation, sous pli confidentiel,
- 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.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Le règlement des cotisations s'effectue en un paiement unique lors de l'adhésion par chèque, par carte bancaire, par mandat ou en espèces.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat prend effet le lendemain de la date d'adhésion à 0h (au plus tôt le 1er octobre) et est conclu selon le choix de l'adhérent pour une durée de 15 jours à 11 mois. En cas d'hospitalisation pour cause de maladie, l'ouverture des droits prend effet 30 jours après la date d'adhésion.

La garantie expire à l'issue de la période contractuelle qui ne peut aller au-delà du 30 septembre de l'année suivante. Elle doit être resouscrite par l'adhérent pour tout renouvellement, sous réserve que les conditions d'adhésion demeurent remplies.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le contrat étant à durée ferme, vous ne pouvez pas le résilier sauf en cas de modification des conditions ayant permis votre adhésion, ou ayant une influence directe sur les risques garantis et ce, dans les trois mois suivant la date de l'évènement.