

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : Amellis Mutuelles – Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité – Inscrite au

Registre National des Mutuelles sous le numéro 775 597 768 – Agréée branche 1 et 2 depuis le 20 août 2003

Produit : NATURASSUR BASE

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du règlement mutualiste. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Des informations précontractuelles et contractuelles complètes sont fournies dans les documents relatifs à la garantie : statuts, règlements mutualiste, bulletin d'adhésion, fiche d'information individuelle, tableau des garanties (détaillant les niveaux de remboursement)

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

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



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 SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : consultations, visites médecins généralistes et spécialistes, examens médicaux, auxiliaires médicaux, transports, pharmacie prise en charge par le RO
- ✓ **Hospitalisation et maternité** : Honoraires, frais de séjour pris en charge par le RO, forfait journalier hospitalier non pris en charge par le RO, chambre particulière et frais d'accompagnement non pris en charge par le RO, cure prise en charge par le RO
- ✓ **Dentaire** : Soins dentaires pris en charge par le RO, soins dentaires non pris en charge par le RO (forfait par an et par bénéficiaire), prothèses dentaires prises en charge ou non par le RO, implants-parodontologie non pris en charge par le RO (forfait par an par bénéficiaire) orthodontie prise en charge par le RO
- ✓ **Optique** : Lunettes (monture et verres), lentille acceptées ou refusées par le RO
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité Sociale** : audioprothèses, prothèses et orthèses
- ✓ **Autres prestations** : médecine alternative non prise en charge par le RO (ostéopathie, chiropractie, diététique, acupuncture, naturopathe, sophrologie, réflexologie, étioopathie) forfait par séance par an par bénéficiaire, homéopathie (consultations + médicaments homéopathiques prescrits non remboursés) forfait par an par bénéficiaire, complément alimentaire prescrit par un professionnel reconnu ou référencé pouvant établir un diagnostic et délivrer une ordonnance forfait par an par bénéficiaire (phytothérapie, aromathérapie, naturopathie)

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires)
- ✓ Service d'analyse de devis
- ✓ Site Web d'orientation dans le système de soins, espace personnel

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Aide-ménagère en cas d'hospitalisation (sous conditions)
- ✓ Rapatriement sanitaire en cas de maladie ou accident à l'étranger

Les garanties précédées d'une ✓ 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 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
- ✗ Les actes non pris en charge par le R.O sauf ceux expressément mentionnés dans les fiches de garantie.



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 soin
- ! 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

- ! **Hospitalisation** :
 - Forfait journalier** : prise en charge limitée à 30j/an pour les établissements médico-sociaux et assimilés. Prise en charge limitée à 120 j/an pour les centres de réadaptation et maisons d'enfant médicalisées
 - Chambre particulière** : 60€/j. Prise en charge limitée à 30j/an pour la psychiatrie, maisons de repos et assimilés. Prise en charge limitée à 120 j/an pour les centres de réadaptation et maisons d'enfant médicalisées
 - Frais d'accompagnant** : 35€/j. Enfant de moins de 16 ans durée illimitée ; adulte de plus de 16 ans prise en charge limitée à 10 j/an
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue. Prise en charge des lentilles acceptées ou refusées limitée à 150 €/an
- ! **Dentaire** : prise en charge limitée à 100 €/an pour les soins dentaires non pris en charge par le RO, prise en charge limitée à 200 €/an pour les implants et la parodontologie
- ! **Prestations sociales** : Médecine alternative limitée à 5 séances par an (40 € la séance) homéopathie 100 €/an, complément alimentaire à 300 €/an



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France 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, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion ;
- Fournir tous documents justificatifs demandés.

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- Faire parvenir les demandes de remboursements dans un délai maximum de 24 mois suivant la date des soins, la date de paiement des soins en l'absence de prise en charge par le régime obligatoire. Les demandes sont accompagnées obligatoirement des originaux des décomptes du régime obligatoire s'il n'y a pas de télétransmission NOEMIE, des factures originales détaillant les frais engagés, le cas échéant.
- Informer l'assureur des événements suivants, par lettre recommandée, dans les quinze jours qui suivent la connaissance qu'il a de l'un de ces événements. :
 - 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 l'assureur 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 ?

Le recouvrement des cotisations intervient selon les modalités fixées au bulletin d'adhésion. Il peut s'effectuer mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement.

Le règlement des cotisations est effectué soit par chèque, soit par prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- L'adhésion est réalisée dans le cadre de l'année civile. Elle prend effet au 1er jour du mois qui suit la date de la demande. En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la date d'effet de son adhésion, ou à compter de la réception de l'ensemble des conditions d'adhésion et des informations précontractuelles si cet événement est postérieur.
- L'adhésion intervient pour une durée d'un an. L'adhésion vient à expiration le 31 décembre de chaque année. Passée cette date, elle est renouvelable par tacite reconduction sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions prévues au règlement.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- Chaque année au 31 décembre, en adressant, à la mutuelle AMELLIS MUTUELLES, une lettre recommandée avec accusé de réception (ou recommandé électronique) au moins deux mois avant cette date
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis. La résiliation doit être sollicitée dans les trois mois de l'événement. La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.