

Document d'information sur le produit d'assurance

Organisme assureur : Solimut Mutuelle de France, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R. : 4 place de Budapest – CS 92459 – 75 436 Paris Cedex 9), immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 383 143 617, dont le siège social est situé au Castel Office, 7 quai de la Joliette, 13002 Marseille, Mutuelle adhérente à Solimut Mutuelles de France, Union Mutualiste de Groupe, organisme régi par le Code de la Mutualité, immatriculé au répertoire SIRENE sous le numéro 539 793 885.

Produit : Couverture Supplémentaire Maladie des Retraités des IEG

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.

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

Le produit « CSMR » est une assurance complémentaire santé destinée à rembourser tout ou partie des frais de soins santé de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, venant en complément des remboursements effectués par régime général ainsi que par la complémentaire santé la Camieg.



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

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : Honoraires chirurgicaux ou médicaux, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnement.
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Honoraires médicaux généralistes et spécialistes, actes techniques médicaux, honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, imagerie médicale.
- ✓ **Pharmacie** : Pansements.
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact, chirurgie correctrice.
- ✓ **Frais dentaires** : Soins dentaires, soins prothétiques et prothèses dentaires, orthodontie, implantologie, parodontologie, détartrage annuel.
- ✓ **Matériel médical** : Prothèses auditives et forfait d'entretien, véhicule pour personne handicapée.
- ✓ **Autres prestations** : Cure thermale, vaccins, pilule contraceptive dite de 3^e et 4^e génération, ostéodensitométrie, pack prévention annuel, médecines douces.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

En plus des garanties que couvre le produit CSMR, les options **Sécurité** ou **Confiance** vous permettent de bénéficier de renforts de garanties et d'une diminution du Reste à Charge. Ces garanties optionnelles permettent également d'accéder à la participation des remboursements sur :

- ✓ Les consultations auprès des psychologues ;
- ✓ Les lentilles prises en charges par l'AMO (2^{ème} équipement) ;
- ✓ Les frais d'accompagnement médecine et chirurgie (pour les adultes de plus de 70 ans) ;
- ✓ Les équipements Handicap (équipements et réparations – hors entretien) pour les handicaps moteurs et visuels.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les opticiens et audioprothésistes partenaires).
- ✓ Conseil sur les remboursements de vos devis dentaires et optiques.
- ✓ Tiers payant pour les professionnels de santé conventionnés sur présentation de la carte mutualiste.
- ✓ Extranet adhérent 24h/24.
- ✓ Site Web d'orientation dans le système de soins.
- ✓ Site Web de prévention.
- ✓ Téléconsultation.

Les garanties et services précédés d'une coche ✓ sont systématiquement prévus au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ La pharmacie sur la base du tarif de responsabilité.
- ✗ Les frais de transport sanitaires.
- ✗ Honoraires des médecins non signataires de contrats d'accès aux soins.
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués dans les établissements longs séjours, les sections de cures médicales, les établissements psychiatriques et les maisons de retraite médicalisées ou non.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale.
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD).
- ✗ Les soins non remboursés par le régime obligatoire Camieg (sauf mention contraire).



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! La participation forfaitaire et les franchises annuelles prévues aux paragraphes II et III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale.
- ! La majoration de participation mise à la charge des bénéficiaires par l'Assurance Maladie obligatoire en l'absence de désignation, de leur part, d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un médecin sans y avoir été adressé par le médecin traitant ou le médecin correspondant, en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités.
- ! Les actes et prestations pour lesquels des bénéficiaires n'ont pas accordé l'autorisation aux professionnels de santé d'accéder à leur dossier médical personnel (dès l'entrée en vigueur de cette mesure) et à le compléter.
- ! Les dépassements d'honoraires pour exigences personnelles et notamment les indemnités de déplacement et les dépassements d'honoraires consécutifs à des visites à domicile reconnues médicalement injustifiées par le professionnel de santé ou par l'Assurance Maladie obligatoire.
- ! Les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé lorsque les bénéficiaires les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant, et en dehors d'une convention de soins.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

Les remboursements sont soumis à des limitations de fréquence qui varient en fonction du niveau de garantie choisi et qui figurent dans le tableau de garanties.

- ! **Hospitalisation et maternité** : dans la limite de 5300 € en établissement non conventionné. Ce plafond est à considérer hors prise en charge du Ticket Modérateur. Il ne concerne donc que les dépassements d'honoraires éventuels.
- ! **Chambre particulière** : séjour avec hébergement comportant au moins une nuitée, dans la limite de 90 jours par an et par bénéficiaire en médecine et chirurgie, dans la limite de 45 jours par an et par bénéficiaire en psychiatrie.
- ! **Optique** : remboursement limité à un équipement (1 monture + 2 verres) par période de 2 ans à compter de sa date d'acquisition sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue où le renouvellement peut avoir lieu à l'issue d'une période d'un an.
- ! **Prothèses auditives** : Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.
- ! **Médecine douce** : limitée à 12 séances par an et par bénéficiaire, sur justificatif d'un professionnel de santé enregistré au répertoire ADELI ou RPPS pour les dépenses non prises en charge par la Sécurité sociale.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ 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.
- ✓ L'indemnisation des soins effectués à l'étranger demeure subordonnée à la prise en charge par la Camieg.



Quelles sont mes obligations ?

À LA SOUSCRIPTION DU CONTRAT :

- Renseigner avec précision et exactitude les informations demandées sur le bulletin d'adhésion qui permettent à la Mutuelle une mise en œuvre précise des garanties souscrites.
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par la Mutuelle.

EN COURS DE CONTRAT :

- Transmettre les originaux des décomptes de prestations délivrés par l'Assurance maladie obligatoire (sauf en cas de télétransmission) et les justificatifs des dépenses engagées (sauf tiers payant intégral) ou autres justificatifs nécessaires pour obtenir le paiement des prestations prévues au tableau de garanties.
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la mutuelle dans un délai de deux ans suivant la date de décompte de l'Assurance maladie obligatoire ou, le cas échéant, de la facture.
- Déclarer à la Mutuelle, tout changement de domicile, de situation familiale ou de situation au regard des régimes d'Assurance maladie obligatoires français.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat, **sous peine de suspension des garanties.**



Quand et comment effectuer les paiements ?

- Les cotisations des assurés sont dues mensuellement et d'avance.
- La cotisation est prélevée mensuellement sur le compte bancaire du choix de l'adhérent, le 10 de chaque mois.



Quand commence la couverture et à quel moment prend-elle fin ?

L'adhésion prend effet, le 1^{er} jour du mois en cours sous réserve de la réception de l'intégralité des pièces demandées avant le 10 du mois. Dans le cas contraire, la date d'effet sera le 1^{er} jour du mois suivant.



Comment puis-je résilier le contrat ?

- L'assuré peut mettre fin individuellement à son adhésion :
- Annuellement, en formulant une demande au moins 15 jours avant le 31 décembre de l'année. La résiliation de l'assuré entraîne celle de ses ayants droit.

L'assuré qui renonce à sa résiliation doit le notifier par lettre avant le 31 mars de l'année suivant sa radiation, le cachet de la poste faisant foi. Son adhésion sera alors maintenue en continuité dans la même garantie et avec les mêmes ayants droit qu'antérieurement à sa résiliation.

- À tout moment, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'effet du contrat.

La demande de résiliation doit être adressée à la Mutuelle par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du code de la Mutualité.