

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 : Energie ASSO.

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 ENERGIE ASSO est une assurance complémentaire santé destinée 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 (dont la réforme «RAC 0 appelé 100% santé»).



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 et médicaux, frais de séjour, forfait journalier hospitalier.
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Honoraires médicaux généralistes et spécialistes, imagerie médicale et actes techniques médicaux, analyses et examens de laboratoire, frais de transport sanitaire, honoraires paramédicaux.
- ✓ **Pharmacie** : Médicaments (service médical rendu élevé), vaccin DTP.
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact.
- ✓ **Frais dentaires** : Soins dentaires, soins prothétiques et prothèses dentaires, scellement des puits, sillons et fissures dentaires, orthodontie.
- ✓ **Audition** : Prothèses auditives.
- ✓ **Matériel médical** : Orthopédie et appareillage hors prothèses auditives.

LES GARANTIES NON SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

Chambre particulière.
Frais d'accompagnement hospitalier.
Examens de laboratoire non pris en charge par la Sécurité sociale
Médicaments (service médical rendu modéré et faible).
Vaccins et dépistage.
Chirurgie réfractive .
Lentilles correctrices non remboursées par la Sécurité sociale.
Implants dentaires et parodontologie.
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale.
Cure thermale.
Amniocentèse, fécondation in vitro, péridurale non prises en charge par la Sécurité sociale.
Densitométrie osseuse.
Médecine douce.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires).
 - ✓ Conseils sur les remboursements de vos devis dentaire ou optique.
 - ✓ 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.

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Accompagnement avant et après l'hospitalisation, en ligne et par téléphone.

Les garanties précédés d'une coche ✓ 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.
- ✗ 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 l'Assurance maladie obligatoire (sauf mention contraire).



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 soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

PRINCIPALE RESTRICTION

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.

- ! **Chambre particulière** : Tout type de séjour avec hébergement comportant au moins une nuitée dans la limite de 90 jours par année civile et par bénéficiaire en hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité dont 30 jours par année civile et par bénéficiaire en établissements et services spécialisés
- ! **Le forfait journalier facturé par les maisons d'accueil spécialisées (MAS)** : Limité à 60 jours par an et par bénéficiaire
- ! **Frais d'accompagnement hospitaliers** : Cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire inscrit au contrat limité à 60 jours par année civile et par bénéficiaire hospitalisé.
- ! **Optique** : Prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition, réduite à 1 an pour un enfant de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Prestations supplémentaires dont médecine douce** : Sur justificatif d'un professionnel de santé enregistré au répertoire ADELI ou RPPS, pour des dépenses non prises en charge par la sécurité sociale. Montant global à répartir par prestations en fonction de vos besoins.



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.



Quelles sont mes obligations ?

A LA SOUSCRIPTION DU CONTRAT :

- M'engager à 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 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, dans un délai d'un mois à compter de sa survenance, tout changement de domicile, de situation familiale, ou de relevé d'identité bancaire. de situation professionnelle 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 sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée dans le contrat.
- Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Semestriel, Trimestriel, Mensuel).
- Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique.



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

La date d'adhésion au contrat est indiquée au bulletin d'adhésion.

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 conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.

La garantie cesse de plein droit à la perte de la qualité de membre de l'association, au décès de l'adhérent, et en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat collectif par l'association souscriptrice ou de l'adhésion de l'assuré.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- Chaque année, en adressant à Solimut Mutuelle de France une lettre recommandée avec accusé de réception ou un envoi électronique avec accusé de réception avant le 31 octobre de l'année (pour prise d'effet au 31 décembre de cette même année).
- En cas d'attribution de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS), en cas de perte du bénéfice du régime d'assurance obligatoire français.