

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit de complémentaire santé

MUTUELLES DU SOLEIL Livre II, régie par le Code de la mutualité, SIREN 782.395.511, LEI 969500A45CJVFD0G8R17

36/36bis, avenue Maréchal Foch - CS91296- 06005 NICE Cedex 1

Produit : ATON (40, 60, 80)



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

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

Le produit ATON est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française ou monégasque. Un reste à charge est possible pour l'assuré après intervention de la complémentaire santé et selon le niveau de garantie choisi. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables. L'interlocuteur de l'assuré est salarié Mutuelles du Soleil et agit de manière honnête, impartiale, professionnelle et ce, au mieux des intérêts des assurés.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des remboursements sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau des garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, versés sur justificatif de dépense et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation** : transport, honoraires paramédicaux, honoraires médicaux ou chirurgicaux, forfait journalier hospitalier, frais de séjour
- ✓ **Soins courants (*)** : Consultations et visites médecins généralistes et spécialistes, actes techniques médicaux, actes d'imagerie médicale, radiologie et échographie, analyses et examens de laboratoire, honoraires paramédicaux, médicaments remboursés, sevrage tabagique prescrit et remboursé, transport hors hospitalisation, matériel médical dont orthopédie, petit appareillage, prothèses autres que dentaires et auditives et fauteuil roulant
- ✓ **Dentaire (*)** : soins et prothèses dentaires 100% Santé, autres soins et prothèses dentaires hors 100% Santé : soins dentaires, inlay-onlay, prothèses dentaires, couronnes, inlay-core, autres actes prothétiques, orthodontie
- ✓ **Optique (*)** : équipement (monture, verres), prestations d'adaptation et d'appairage 100% Santé, équipement (monture, verres), prestation d'adaptation et lentilles de contact acceptées par la Sécurité sociale hors 100% Santé
- ✓ **Aides auditives (*)** : équipement 100% Santé, équipement hors 100% Santé, accessoires, entretien et piles
- ✓ **Prévention et Bien-être (*)** : actes de prévention acceptés par la Sécurité sociale, cure thermique prise en charge par la Sécurité sociale

(*) sous réserve du remboursement de la Sécurité sociale

LES GARANTIES POUVANT ETRE PREVUES SELON LA FORMULE CHOISIE

Hospitalisation : chambre particulière et frais d'accompagnant
Soins courants : Automédication référencée sur le VIDAL et médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale (hors parapharmacie) y compris vaccins
Dentaire : prothèse dentaire, implantologie, parodontologie et orthodontie non remboursés par la Sécurité sociale hors 100% Santé
Optique : implants intraoculaires, lentilles de contact refusées par la Sécurité sociale, chirurgie réfractive
Prévention et Bien-être : consultation en médecine douce, arrêt du tabac, fécondation in vitro, amniocentèse, procréation médicalement assistée, contraception, densitométrie, hébergement et transport en cure thermique
Les + : forfait versé pour naissance ou adoption

LES SERVICES ET ASSISTANCE COMPLEMENTAIRES

- ✓ Service d'analyse des devis
- ✓ Site Web espace adhérent
- ✓ Application mobile
- ✓ Réseau de soins
- ✓ Tiers payant
- ✓ Garantie Assistance en vigueur
- ✓ Sport santé (Sport sur ordonnance): forfait versé uniquement pour les assurés en ALD et sous conditions
- ✓ Téléconsultation

Les garanties précédées 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 tels que 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 ou une aide à l'insertion 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)
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale
- ✗ Les cures thermales non prises en charge par la Sécurité sociale



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! Les participations forfaitaires retenues par la Sécurité sociale sur certains actes (honoraires médecins, médicaments, honoraires paramédicaux, analyses, transport) ou pénalités appliquées par la Sécurité sociale dans le cadre du hors 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 (OPTAM).

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! Pendant le délai de carence (stage), les dépassements d'honoraires, prestations supplémentaires, forfaits et chambre particulière peuvent ne pas être pris en charge. Les remboursements sont alors limités au ticket modérateur
- ! Tout séjour en établissement hospitalier, dont la date d'entrée est antérieure à la date d'effet de l'adhésion sera intégralement refusé.
- ! **Postes de garantie incluant un forfait** : prise en charge limitée par année d'adhésion
- ! **Hospitalisation-Chambre particulière** : séjour illimité en médecine, chirurgie et maternité ; limité à 30 jours/an pour tout autre séjour. Frais d'accompagnant moins de 16 ans limités à 30 jours/an et plus de 66 ans limité à 15 jours/an
Les séjours sont limités à un forfait selon la formule choisie.
- ! **Dentaire** : le ticket modérateur n'est pas limité et n'entre donc pas dans le plafond prévu selon la garantie
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, sauf en cas de renouvellement anticipé pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue
- ! **Aides auditives (par oreille)** : à compter du 1^{er} janvier 2021, le renouvellement de la prise en charge des aides auditives ne peut intervenir qu'après une période minimale de 4 ans
- ! **Médecine douce** : consultations limitées à un forfait par séance et à un nombre de séances par an et par bénéficiaire selon la formule choisie (chiropractie, ostéopathie, homéopathie, acupuncture, étiothérapie, pédicure, diététique, naturopathie, psychologie, psychomotricité et sophrologie)
- ! **Naissance-adoption** : forfait versé sous condition que l'enfant soit rattaché au contrat



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France métropolitaine et dans les DOM
- ✓ A l'étranger si je dépends de la Caisse des Français de l'étranger (CFE)
- ✓ 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, hors dépassements et actes non remboursés par la Sécurité sociale française
- ✓ A Monaco si je suis un français dépendant de la Caisse de Sécurité sociale monégasque



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de radiation du contrat

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par Mutuelles du Soleil ;
- Fournir tous documents justificatifs demandés par Mutuelles du Soleil, y compris une attestation de droits à l'assurance maladie à jour, datée de moins de 3 mois ;
- 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 ;
- Faire parvenir les demandes de remboursements à Mutuelles du Soleil dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale ;
- Informer Mutuelles du Soleil des événements suivants, dans les trois mois qui suivent la connaissance de l'un de ces événements :
 - o Modifications concernant : l'état civil, l'adresse, la situation matrimoniale, la situation familiale, la situation socioprofessionnelle, l'ouverture de droits au regard des régimes d'assurance maladie obligatoires, les coordonnées bancaires ;
 - o Et plus généralement de toutes les modifications ayant un intérêt pour la mutuelle.

Seules les informations et demandes de modifications accompagnées de tout justificatif attestant de la nouvelle situation seront prises en compte par Mutuelles du Soleil.



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est annuelle, payable d'avance au 31 décembre de l'année en cours. Elle est due au premier janvier, ou pour les nouveaux assurés, à partir de la date d'effet du contrat.

Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (semestriel, trimestriel, mensuel) ; dans ce cas, le paiement de la cotisation est acquitté par prélèvement bancaire ou postal, carte bancaire, règlement en ligne.

Le prélèvement automatique annuel, semestriel, trimestriel, mensuel est exécuté sans frais à terme à échoir.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord, sous réserve du paiement de la cotisation.

En cas de contrat conclu à distance, 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 l'année civile complète et se reconduit tacitement d'année en année à sa date d'échéance annuelle sauf radiation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.



Comment puis-je radier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- À la date d'échéance annuelle du contrat, en adressant une lettre recommandée au moins deux (2) mois avant cette date ;
- En cas de modification de votre situation personnelle influençant le montant des cotisations ou le paiement des prestations (changement de domicile, changement de situation matrimoniale, changement de régime matrimonial, changement de profession, retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle) ;
- En cas de modification de votre situation professionnelle (changement de catégorie socio-professionnelle) ;
- En cas de mise en place de contrat collectif obligatoire par mon employeur en nous adressant une lettre et une attestation nominative de l'employeur précisant le caractère obligatoire ;
- Dès réception de l'appel de cotisations reçu moins de 15 jours avant la date limite d'exercice du droit de dénonciation du contrat, en application des dispositions de la Loi Châtel (à l'exception des contrats souscrits en Loi Madelin) ;
- En cas d'obtention du bénéfice d'un dispositif d'aide (CMU-C ou Complémentaire Santé Solidaire) ;
- En cas de difficultés financières avérées et justifiées et sous réserve de l'acceptation par le service Relations Clients Régime Complémentaire.