

Document d'information sur le produit d'assurance

Radiance Mutuelle – Mutuelle immatriculée en France et régie par le livre II du code de la Mutualité

N° agrément ACPR : 483747333

Produit : COSAE TERRITORIAUX

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 précontractuelle 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 d'Assurance Complémentaire Santé « Cosaé Territoriaux » est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge des fonctionnaires et agents non titulaires (actifs ou retraités et aux membres de leur famille) des collectivités territoriales et de leurs établissements publics affiliés aux institutions de retraite CNRACL et IRCANTEC. Le produit a fait l'objet de la délivrance d'un label conformément aux dispositions du décret n° 2011-1474 du 08 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents. 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 prévues :

- ✓ **L'hospitalisation** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, frais d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans), transport, forfait pour acte lourd
- ✓ **Les soins courants** : consultations médicales, auxiliaires médicaux, analyses médicales et imagerie, petite chirurgie, pharmacie remboursée par la Sécurité sociale, transport, médecine alternative (Acupuncteur, chiropractie, homéopathie, nutritionniste, ostéopathie, naturopathie, sophrologie)
- ✓ **Pharmacie et produits pharmaceutiques** : pharmacie remboursée par la Sécurité sociale et contraceptifs non remboursés
- ✓ **Le dentaire** : soins dentaires, inlays - onlays, inlays core, prothèses dentaires, orthodontie et parodontologie remboursées par la Sécurité sociale
- ✓ **L'optique** : verres et monture adulte et enfant, lentilles correctives remboursées par la Sécurité sociale
- ✓ **Les prothèses médicales** : appareillage (hors auditif) / appareillage auditif (y compris piles et entretien de la prothèse remboursée par la Sécurité sociale)
- ✓ **Les cures thermales** acceptées par la Sécurité sociale (honoraires et soins uniquement)

Les garanties optionnelles :

Hospitalisation / Soins courants comprenant : Frais de chambre particulière (y compris ambulatoire)

Pharmacie et produits pharmaceutiques : Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale

Dentaire : Implantologie, orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale

Optique : Lentilles correctives refusées par la Sécurité sociale, chirurgie réfractive

Prothèses médicales / Cures thermales comprenant :

- Forfaits supplémentaires pour prothèses médicales et auditives
- Forfait transport et hébergement pour cures thermales

Les services prévus :

- ✓ Tiers payant, réseaux de soins (avantages tarifaires et conseils), analyse des devis, allocation maternité.
- ✓ **L'assistance et la téléconsultation** : Voir document d'information Assistance
- ✓ **Garantie Sports & Loisirs** : voir notice d'information.

🕒 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 séjours en établissements médico-sociaux : maisons d'accueil spécialisées (MAS), établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
- ! La minoration du remboursement en cas de non-respect du parcours de soins (consultation d'un médecin sans prescription du médecin traitant / absence de médecin traitant)
- ! La majoration de la participation supportée par le bénéficiaire et les ayants droits sur les actes et prestations pour lequel le patient n'a pas accordé l'autorisation au dossier médical personnel
- ! La participation forfaitaire de 1€ pour chaque consultation médicale ou tout acte de biologie médicale
- ! La franchise de 0,50€ sur les boîtes de médicaments et sur les actes d'auxiliaires médicaux
- ! La franchise de 2€ sur les transports sanitaires



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

Principales exclusions :

- ! Les cures, traitements et opérations de rajeunissement ainsi que les traitements esthétiques

Principales restrictions du contrat responsable :

- ! **Honoraires médicaux** : Plafonnement des dépassements d'honoraires des médecins n'adhérant pas aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM et OPTAM CO
- ! **Optique** : délai de renouvellement de 2 ans pour les assurés dès 16 ans (1 an, en cas d'évolution de la vue), 1 an pour les enfants de moins de 16 ans, délai de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation visuelle de l'équipement optique. Absence de délai en cas d'évolution liée à une pathologie prévue par arrêté ministériel.
- ! **Aides auditives** : prise en charge limitée à une aide auditive par oreille tous les 4 ans à compter du 01/01/2021

Autres principales restrictions :

- ! **Frais d'accompagnement** : Les plafonds s'appliquent dans la limite d'un plafond de dépenses par jour et un nombre de jour limité par an.
- ! **Lentilles correctives** : Forfait annuel et par bénéficiaire.
- ! **Implants et piliers sur implants** : forfait annuel.
- ! **Cure thermale remboursée par la Sécurité sociale - transport et hébergement** : Les frais de transport sont calculés sur la base du tarif SNCF 2ème classe. Le forfait « transport et hébergement » est annuel par bénéficiaire.
- ! **Aides auditives** : prise en charge limitée à un forfait tous les 4 ans jusqu'au 31/12/2020



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France et à l'étranger dans le cadre de l'Union Européenne ou dans les pays ayant signé une convention bilatérale avec la France et dans la mesure où le régime obligatoire d'assurance maladie français les prend en charge
- ✓ Dans le cas où les soins ont été effectués à l'étranger, le remboursement se fait sur la base du régime de base de la Sécurité sociale français



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine des sanctions prévues dans la documentation contractuelle

A la souscription :

- Fournir des informations complètes, exactes et précises sur votre situation personnelle
- Compléter et signer le bulletin d'adhésion et le mandat SEPA
- Régler la première cotisation et le droit d'entrée

Pendant la vie du contrat :

- Payer les cotisations aux échéances fixées
- Informer l'assureur de tout changement de situation familiale, de régime de Sécurité sociale, de tout changement d'activité professionnelle, de coordonnées bancaires, ainsi que de tout changement d'adresse

En cas de sinistre :

- Fournir les pièces justificatives éventuellement demandées par l'assureur pour percevoir les prestations



Quand et comment effectuer les paiements ?

- La cotisation est payable d'avance selon la périodicité choisie (mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle)
- Le règlement des cotisations s'effectue notamment par prélèvement automatique
- La participation financière de la collectivité territoriale employeur peut être versée directement à la Mutuelle.
- Les cotisations pourront également faire l'objet d'un précompte sur traitement en accord avec l'employeur et selon les modalités fixées sur le Bulletin d'Adhésion



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- Le contrat prend effet au plus tôt au 1er jour suivant la date de signature du bulletin d'adhésion accompagné des pièces justificatives. En cas de contrat conclu à distance, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours calendaires révolus suivant la date d'effet du contrat, ou suivant la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat)
- Le contrat se renouvelle par tacite reconduction d'année en année à partir du 31 décembre de l'année au cours de laquelle il a pris effet, sauf résiliation demandée par l'assureur dans les cas et conditions fixées au contrat ou en cas de décès de l'assuré



Comment puis-je résilier le contrat ?

- Au plus tard au 31 octobre pour une cessation de contrat au 31 décembre de l'année, en adressant une lettre recommandée ou par l'envoi d'un recommandé électronique avec avis de réception à l'assureur
- En cours d'année en cas de couverture par un contrat groupe obligatoire frais de santé ou à titre exceptionnel, en cas de domiciliation à l'étranger (hors France métropolitaine) dans les trois mois suivant la date de la nouvelle domiciliation