

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 : **RADIANCE HUMANIS SANTE**

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 « Radiance Humanis 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 prévues :

- ✓ **L'hospitalisation** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, 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
- ✓ **Le dentaire** : soins dentaires, inlays - onlays, inlays cores, prothèses dentaires, orthodontie remboursée par la Sécurité sociale
- ✓ **L'optique** : verres et monture, 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) et d'accompagnement, allocation forfaitaire en cas de naissance ou d'adoption
- Médecine alternative (ostéopathe, homéopathe, chiropracteur, acupuncteur, diététicien, pédicure, podologue, psychologue, psychothérapeute)
- Examen de densité osseuse, substituts tabagiques, contraception féminine et masculine, pharmacie prescrite non remboursée, vaccination non remboursée

Dentaire / Optique comprenant :

- Implants, couronnes provisoires, orthodontie et parodontologie non remboursées par la Sécurité sociale
- Lentilles correctives (remboursées ou non par la Sécurité sociale)
- Chirurgie réfractive et forfaits supplémentaires monture et lentilles

Prothèses médicales / Cures thermales comprenant :

- Forfaits supplémentaires pour prothèses médicales et auditives
- Transport et hébergement pour cures thermales

Les services prévus :

- ✓ Tiers payant, réseaux de soins (avantages tarifaires et conseils), analyse des devis
- ✓ L'assistance et la téléconsultation : Voir document d'information Assistance

🕒 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 droit, 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 partir du 01/01/2021

Autres principales restrictions :

- ! **Hospitalisation et maternité** :
 - ! Limitation de la prise en charge à hauteur de 100% du tarif de la Sécurité sociale pendant les 6 premiers mois suivant l'adhésion sauf en cas d'accident
 - ! Versement des frais de chambre particulière limité à 180 jours par année civile (30 jours par année civile en cas de séjour en psychiatrie, ou séjour de convalescence et de rééducation)
 - ! Frais d'accompagnement limité à 10 jours par année civile et à un plafond de dépense journalier
 - ! Versement de l'allocation naissance après 9 mois d'adhésion
- ! **Chirurgie réfractive** : Après 12 mois d'adhésion, versement d'un forfait unique par oeil, durant toute la durée de l'adhésion
- ! **Dentaire** : prise en charge limitée à un plafond annuel en euros
- ! **Aides auditives** : prise en charge limitée à un forfait tous les 4 ans jusqu'au 31/12/2020
- ! **Médecine Alternative** : séances limitées annuellement en nombre et en euros.



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



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 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