

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

Assureur : Radiance Mutuelle

Produit : PACK SANTÉ PARTICULIERS



Ce document d'information non contractuel 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 PACK SANTÉ PARTICULIERS est un règlement individuel souscrit par une personne physique membre de Radiance Mutuelle. Il a pour objet d'assurer, en complément de la Sécurité sociale française, le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés par le membre participant en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Le règlement respecte les conditions légales des contrats responsables, à l'exception de la garantie « HOSPI » dit « non-responsable ».



Qu'est-ce qui est assuré ?

Le montant des prestations varie en fonction du niveau, le cas échéant, du ou des renforts ECO et/ou Choix choisis par le membre participant. Les niveaux proposés par l'organisme assureur sont les suivants : HOSPI, INITIAL, INTERMÉDIAIRE, ÉTENDU, INTÉGRAL. **Le montant des prestations ne peut dépasser les dépenses réellement engagées.** Ces informations figurent dans le tableau des garanties.

Les garanties précédées d'une coche verte sont prévues dans tous les niveaux.

Hospitalisation

- ✓ Frais de séjour
- ✓ Honoraires
- ✓ Forfait journalier hospitalier
 - Chambre particulière de jour / de nuit (par jour / par nuitée)
 - Lit d'accompagnant (par nuitée)
- ✓ Hospitalisation à domicile (soins et honoraires)

Dentaire

- Soins et prothèses dentaires 100 % Santé
- Soins dentaires et prothèses dentaires remboursés par la Sécurité sociale
- Orthodontie remboursée ou non par la Sécurité sociale
- Soins dentaires, couronnes et implantologie (scanner, pose de l'implant, pilier implantaire) non remboursés par la Sécurité sociale

Optique

- Équipement 100 % Santé
- Verres et Monture
- Facturation de l'examen de la vue par l'opticien
- Lentilles prescrites remboursées ou non par la Sécurité sociale
- Opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatie et de la presbytie par laser (chirurgie réfractive) (par œil)
- Implants multifocaux non remboursés par la Sécurité sociale (par œil)

Aide auditive

- Équipement 100 % Santé
- Prothèses auditives remboursées par la Sécurité sociale
- Accessoires et fournitures

Soins courants, Maternité, Médecine additionnelle, Prévention

- Honoraires médicaux (chez un généraliste ou un spécialiste)
- Actes techniques médicaux, actes d'imagerie médicale
- Honoraires paramédicaux
- Analyses et examens de laboratoire
- Frais de transport sanitaire (ambulance, taxi conventionné - hors SMUR)
- Matériel médical
- Cures thermales (forfait global honoraires, traitement, hébergement, transport)
- Ostéopathe, homéopathe, étiope, mésothérapeute, acupuncteur (par séance)
- Pédicure-Podologue (par séance)
- Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %, à 30 % et à 15 %
- Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale
- Contraception non remboursée par la Sécurité sociale
- Allocation maternité et adoption
- Fécondation in vitro
- Hypnose, sophrologie, réflexologie, shiatsu (par séance)
- Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale
- Diététicien
- Abonnements annuels aux clubs de sport et licences sportives
- Psychologue, psychomotricien, pédopsychiatre (par séance)

Assistance et Avantages

- Réseau de soins Kalixia (ostéopathe, aide auditive, optique, dentaire)
- ✓ Assistance à domicile
- Téléconsultation
- Sport sur ordonnance
- 2^{ème} avis médical
- ✓ Tiers payant



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins dont les dates sont antérieures à la date de l'adhésion au règlement ;
- ✗ Les soins dont les dates sont postérieures à la date de cessation de l'adhésion au règlement ;
- ✗ Les actes référencés ou non par la Sécurité sociale et non remboursés par cet organisme, sauf mention contraire au bulletin d'adhésion ;
- ✗ Les dépassements d'honoraires non déclarés à la Sécurité sociale par le professionnel de santé ;
- ✗ L'achat de médicament sur internet non autorisé par l'ARS territorialement compétente et non justifié par une facture acquittée ;
- ✗ La cigarette électronique ;
- ✗ Tout acte pris en charge par des dotations d'Etat ;
- ✗ La majoration du tarif fixé par la Sécurité sociale pour une visite du médecin au domicile du patient lorsqu'elle répond à une exigence particulière du malade, sans être justifiée par des conditions médico-administratives et cliniques ou socio-environnementales ;
- ✗ Tout équipement optique composé de verres plans, sauf en cas d'atteinte oculaire unilatérale ;
- ✗ Le tourisme médical.



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

Principales exclusions relatives au contrat responsable :

- ! **Participation forfaitaire de 1 €** sur chaque consultation médicale et actes de biologie médicale.
- ! **Franchise de 2 €** sur les transports sanitaires.
- ! **Franchise de 0,50 €** sur les boîtes de médicaments et sur les actes d'auxiliaires médicaux.
- ! **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).
- ! **Optique** : Prise en charge d'un équipement optique tous les 2 ans suivant la dernière facturation (tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue ou tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage).
- ! **Honoraires médicaux** : Plafonnements des dépassements d'honoraires des médecins non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.
- ! **Dentaire** : Prise en charge dans la limite des honoraires limites de facturation qui s'imposent aux dentistes pour les paniers dits « 100 % Santé » et « Tarifs maîtrisés / modérés ».
- ! **Aide auditive** : Prise en charge d'un équipement auditif tous les 4 ans suivant la date de facturation. Prise en charge d'un équipement dans la limite des prix limites de vent qui s'imposent aux audioprothésistes pour les équipements de Classe I et de 1 700 € pour les équipements de Classe II.

Autres restrictions prévues par le règlement :

- ! **Plafonnement des prestations** pour les frais de santé liés à la chambre particulière, le lit d'accompagnant.
- ! **Forfait limité par séance** : ostéopathe, homéopathe, étiope, mésothérapeute, acupuncteur, pédicure-podologue.
- ! **Forfait limité par œil** : opération de la myopie, de l'hypermétropie, de l'astigmatie et de la presbytie par laser (chirurgie réfractive), implants multifocaux non remboursés par la Sécurité sociale.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France métropolitaine, départements ou régions d'Outre-Mer (DROM), à l'exception de La Réunion.
- ✓ Les actes et soins effectués à l'étranger par le membre participant, sous conditions :
 - la résidence principale du membre participant doit être située en France métropolitaine ou dans les départements ou régions d'Outre-Mer (DROM), à l'exception de La Réunion,
 - les soins effectués à l'étranger doivent avoir fait l'objet d'un remboursement préalable de la Sécurité sociale et doivent avoir été engagés de manière inopinée et non programmée (soin urgent) en cas de déplacement privé.



Quelles sont mes obligations ?

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'adhésion au règlement et la déchéance de tous droits aux prestations pour les membres participants.

- **À l'adhésion au règlement**
 - Compléter et retourner la proposition de bulletin d'adhésion.
 - Communiquer les pièces demandées par l'organisme assureur.
- **En cours d'adhésion au règlement**
 - S'acquitter de la cotisation.
 - Informar l'organisme assureur en cas de changement de la situation de famille, du régime obligatoire ou d'adresse postale.
 - Transmettre à l'organisme assureur, le cas échéant, la demande de modification de l'adhésion au règlement dans les conditions prévues par le règlement.



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est payable à terme d'avance, par prélèvement automatique sur compte bancaire ou par virement, selon l'échéance choisie par le membre participant sur la proposition de souscription.

La cotisation est exigible dans les quinze premiers jours de chaque échéance.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- **Début de l'adhésion au règlement**

L'adhésion du membre participant prend effet à la date mentionnée sur la confirmation d'adhésion. Les garanties prennent effet à l'issue d'un délai de carence de 3 mois à compter de la date d'adhésion au règlement. S'agissant des garanties « Hospitalisation » prévues au règlement, le délai de carence est porté à 9 mois pour la maternité.
- **Renonciation à l'adhésion au règlement**

Le membre participant a la faculté de renoncer à son adhésion au règlement dans les conditions et selon les modalités définies par le règlement. Le membre participant notifie sa demande par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception, pendant un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'adhésion a pris effet.
- **Durée de l'adhésion au règlement**

L'adhésion au règlement est souscrite à l'origine pour une période comprise entre la date indiquée sur la confirmation d'adhésion et le 31 décembre suivant.
Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année pour une durée d'un an.
- **Cessation de l'adhésion au règlement**

L'adhésion au règlement prend fin pour le membre participant et le cas échéant, ses ayants droit :

 - En cas de non-paiement de la cotisation ;
 - En cas de dénonciation de l'adhésion dans les conditions indiquées ci-dessous et par le règlement ;
 - À la date du décès du membre participant.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le membre participant peut résilier son adhésion par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu par l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité, soit :

- 2 mois au moins avant chaque date de renouvellement, soit au plus tard le 31 octobre. La résiliation sera effective au 31 décembre de la même année ;
- après expiration d'un délai d'un an à compter de l'adhésion, sans frais ni pénalités. La résiliation sera effective, à défaut d'accord des parties, un mois après la réception par l'organisme assureur de la notification du membre participant.

Coordonnées utiles pour résilier le contrat au règlement :

Radiance Mutuelle – Gestion individuelle – 55 allée Albert Sylvestre 73026 Chambéry Cedex