

**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** : 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).
- ! **Aides auditives** : 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 principales restrictions :

- ! **Frais d'accompagnement** : Les plafonds s'appliquent dans une limite 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.



## 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 l'adhésion :

- Fournir des informations complètes, exactes et précises sur votre situation personnelle
- Compléter et signer le bulletin d'adhésion et le mandat SEPA

### 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 par prélèvement automatique ou par chèque (périodicité annuelle uniquement)
- 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 ?

- L'adhésion prend effet au plus tôt au 1er jour suivant la date de signature du bulletin d'adhésion accompagné des pièces justificatives. En cas d'adhésion réalisée à distance, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours calendaires révolus suivant la date d'effet de l'adhésion, ou suivant la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de l'adhésion)
- L'adhésion se renouvelle par tacite reconduction d'année en année à partir du 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet, sauf résiliation demandée par l'assureur dans les cas et conditions fixées au contrat
- 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 ;
  - A 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 l'adhésion au règlement :** Radiance Mutuelle – Gestion individuelle – 55 allée Albert Sylvestre 73026 CHAMBERY Cedex