

Assurance Complémentaire Santé

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 : Ma mutuelle Région Auvergne-Rhône-Alpes – Agents 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 « Ma mutuelle Région Auvergne-Rhône-Alpes – Agents 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 précédées d'une coche verte sont prévues dans tous les niveaux :

- ✓ **L'hospitalisation** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, chambre particulière hors psychiatrie, transport, forfait pour acte lourd, forfait patient urgences, allocation naissance
- ✓ **Les soins courants** : honoraires médicaux, honoraires sage-femme, honoraires paramédicaux, analyses médicales et imagerie, petite chirurgie, séance d'accompagnement réalisée par un psychologue et prise en charge par la Sécurité Sociale, médecine alternative (Acupuncteur, mésothérapie, homéopathie, bilan diététique, ostéopathie, psychomotricien, ergothérapeute, psychologue), entretien d'évaluation avec un professionnel en addictologie
- ✓ **Pharmacie et produits pharmaceutiques** : pharmacie remboursée par la Sécurité sociale, contraceptifs féminins non remboursés, vaccins pris en charge par la Sécurité sociale,
- ✓ **Le dentaire** : soins dentaires, inlays onlays et prothèses dentaires remboursés par la Sécurité Sociale, orthodontie remboursée ou non par la Sécurité sociale, implantologie
- ✓ **L'optique** : verres et monture, lentilles correctives remboursées ou non par la Sécurité sociale
- ✓ **Les prothèses médicales** : accessoires, appareillage, orthopédie prothèses capillaires, appareillage auditif (y compris piles et entretien de la prothèse remboursée par la Sécurité sociale)

L'hospitalisation : frais d'accompagnement

Le dentaire : parodontologie non prise en charge par la Sécurité Sociale

L'optique : chirurgie réfractive

Les cures thermales (forfait global honoraires, traitement, hébergement, transport)

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

① 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)
- ✗ Les dépassements d'honoraires non déclarés à la Sécurité Sociale par le professionnel de santé
- ✗ 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, refus du patient du transport sanitaire partagé programmé)
- ✗ 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 pour chaque consultation médicale ou tout acte de biologie médicale et de radiologie
- ✗ La franchise sur les boîtes de médicaments, les actes d'auxiliaires médicaux et les transports sanitaires



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

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 ACO
- ! **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).
- ! **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 ».
- ! **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 vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour les équipements de Classe I et de 1 700 € pour les équipements de Classe II.

Autres principales restrictions :

- ! **Plafonnement des prestations** pour les frais de santé liés à la chambre particulière et au frais d'accompagnant
- ! **Forfait limité par séance et nombre de séance limité par an pour** les frais de santé liés à la médecine alternative
- ! **Dentaire** plafonnement annuel hors soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale, hors soins et prothèses dits « 100% santé », limite de 2 implants par an
- ! **Optique** forfait limité par œil : opération de la myopie, de l'hypermétrie, de l'astigmatisme et de la presbytie par laser (chirurgie réfractive).



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France métropolitaine, départements ou régions d'outre-mer (DROM).
- ✓ 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),
 - 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, le remboursement sera limité à 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.



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 virement
- 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 sous réserve d'acceptation de la mutuelle expressément notifiée par la délivrance d'un certificat d'adhésion.
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 :

- 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.

Le membre participant peut exercer son droit de résiliation :

- par lettre ou tout autre support durable
- par déclaration faite au siège social de l'assureur ou chez son représentant
- par acte extrajudiciaire
- lorsque l'assureur propose la conclusion de l'adhésion par un mode de communication à distance, par le même mode de communication
- sur le site internet radiance.fr

Coordonnées utiles pour résilier l'adhésion au règlement : Radiance Mutuelle – Gestion individuelle – 55, allée Albert Sylvestre 73026 CHAMBERY Cedex.