

Assurance complémentaire santé

Document d'information sur le produit d'assurance

So'Lyon Mutuelle – Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité – SIREN 779 846 849

Contrat collectif facultatif

Agents actifs et retraités des collectivités territoriales relevant du Centre de gestion du Jura



Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. 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 les tableaux de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge du membre participant et des éventuels ayants-droit en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de l'Assurance Maladie Obligatoire. 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 garanties 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 systématiquement prévues :

- ✓ **Hospitalisation** : frais de séjour, honoraires, transport, forfait journalier, franchise
- ✓ **Soins courants** : consultations médecins généralistes et spécialistes, actes techniques CCAM, auxiliaires

médicaux, analyses et travaux de laboratoire, Pharmacie, prothèses médicales, orthopédie, accessoires médicaux, prothèses auditives, fauteuil roulant

- ✓ **Dentaire** : soins dentaires, prothèses, couronnes, inlay core remboursés par la Sécurité Sociale, orthodontie prise en charge par la Sécurité Sociale
- ✓ **Optique** : lunettes (monture et verres), lentilles de contact remboursées par la Sécurité Sociale, matériel pour amblyopie
- ✓ **Actes de prévention**
- ✓ **Hospitalisation** : chambre particulière, lit d'accompagnant
- ✓ **Soins courants** : cures thermales, dépenses santé à l'étranger, vaccins prescrits non remboursés
- ✓ **Dentaire** : prothèses dentaires, orthodontie
- ✓ **Optique** : lentilles de contact
- ✓ **Prévention** : pris en charge par la Sécurité Sociale
- ✓ **Aide à la vie quotidienne ou hospitalisation**

Les garanties optionnelles :

Dentaire : implants, parodontologie non remboursés par la Sécurité Sociale

Bien-être : médecines douces

Les services systématiquement prévus :

- ✓ Réseau de soins
- ✓ Tiers payant



QU'EST-CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD)



Y-A-T-IL DES EXCLUSIONS À LA COUVERTURE ?

Principales exclusions du contrat responsable :

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Principales restrictions (selon le niveau de garantie) :

- ! **Chambre particulière** : limitée à 30 jours en établissement ou services psychiatrique, centre de rééducation et réadaptation fonctionnelle
- ! **Lit d'accompagnant** : pour les enfants de moins de 16 ans hors maternité, limité à 10 jours par an
- ! **Prothèses auditives** : 1 équipement pour 4 ans, par oreille
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement tous les deux ans, sauf évolution justifiée de la vue, réduite à un an pour les enfants.



OÙ SUIS-JE COUVERT ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base du remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

Sous peine de suspension des garanties

- **A la souscription du contrat**
 - Être affilié à un régime obligatoire d'assurance maladie français et appartenir à la catégorie de bénéficiaire prévue par le contrat.
 - Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion, le transmettre à la mutuelle en cas d'adhésion à une couverture facultative et fournir tous les documents justificatifs demandés par la Mutuelle
- **En cours de contrat**
 - Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
 - Faire parvenir les demandes de remboursement à la mutuelle dans un délai maximum de deux ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité Sociale
 - Informer la mutuelle de tout changement de situation personnelle tel que décrit au contrat.
 - Régler la cotisation selon les modalités prévues au contrat en cas d'adhésion à un régime facultatif ou de couverture facultative des ayants droit, **sous peine de suspension des garanties.**
- **Pour le versement des prestations**
 - Transmettre à la Mutuelle la demande de remboursement dans un délai de 2 ans maximum suivant la date des soins et fournir les justificatifs nécessaires au versement des prestations.

Les données personnelles demandées sont nécessaires pour la bonne exécution de votre contrat. Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) entré en vigueur le 25 mai 2018, So'Lyon Mutuelle s'est dotée d'une politique de protection des données personnelles qui permet à chaque personne de bénéficier d'un droit d'opposition, d'accès, de rectification, de suppression, et d'effacement (droit à l'oubli), et de portabilité de ces données nominatives. Vous pouvez donc exercer ce droit, après justification de votre identité, en vous adressant à la mutuelle.



QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

- Les cotisations sont payables mensuellement, à la date indiquée dans le bulletin d'adhésion.
- **Modalité de paiement** : les paiements peuvent être effectués par chèque ou par prélèvement automatique.



QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

- **La couverture prend effet à compter de la date d'adhésion au contrat, prévue au bulletin d'adhésion.**
 - La couverture facultative des ayants droit prend effet soit à la date de votre adhésion soit au 1^{er} jour du mois civil suivant la demande.
- **Le contrat est conclu pour une durée d'un an** et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par le membre participant ou la mutuelle dans les cas et conditions fixées dans la notice d'information.
- **La couverture cesse à la date d'effet de la résiliation du contrat.**



COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

- **Vous pouvez mettre fin au contrat :**
 - À l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, résilier votre contrat sans frais ni pénalités. Nous attirons votre attention sur le fait qu'en cas de résiliation en vue de souscrire un contrat auprès d'un nouvel organisme, les formalités nécessaires à l'exercice de ce droit doivent être effectuées, pour votre compte, par votre nouvel assureur, lequel s'assurera ainsi de la permanence de votre couverture. Cette résiliation prendrait effet un mois après que nous en aurons reçu notification par votre nouvel assureur. Nous vous invitons donc à vous rapprocher de votre nouvel assureur lequel prendra directement contact avec nous.
 - En cours d'année pour les bénéficiaires intégrant une entreprise ou un organisme dont le régime de prévoyance et de frais médicaux est obligatoire.
 - Lorsque les conditions d'adhésion ne sont plus remplies ou en cas de changement de situation (changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession, retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle) et que les risques garantis en relation directe avec la situation antérieure ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.