

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : Mutuelle de l'Industrie du Pétrole- Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro Siren n° 775 671 902

Produit : **TEPEE SANTE SOLIDAIRE**



Ce document d'information présente une synthèse des principales garanties et exclusions des garanties **TEPEE SANTE SOLIDAIRE**. 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 de garanties.

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

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé **collectif à adhésion facultative** est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels ayant(s)-droit en cas d'accident, de maladie ou de maternité ; Les remboursements sont exprimés y compris les remboursements servis par la Sécurité sociale française.

Les garanties ne respectent pas les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses réellement engagées et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : Frais de séjour, honoraires, forfait journalier hospitalier.
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Consultations généralistes et spécialistes, examens médicaux, radiologie, auxiliaires médicaux, analyses médicales, pharmacie, transport remboursé par la Sécurité sociale.
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact (y compris jetables).
- ✓ **Frais dentaires** : soins dentaires, prothèses dentaires (y compris couronne sur implant), orthodontie – remboursés par la Sécurité sociale.
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : Audioprothèses, prothèses médicales, orthopédie.
- ✓ **Cure thermale remboursée par la Sécurité sociale**

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Chambre particulière, lit accompagnant.
Pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale.
Dentaire (actes non remboursés par la Sécurité sociale).
Médecine douce.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ My prévention,
- ✓ Le tiers payant ALMERYS,
- ✓ Action sociale,
- ✓ Télémédecine avec SANTECLAIR,
- ✓ Réseaux de soins SANTECLAIR,
- ✓ L'accès aux centres de soins mutualistes.

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ service de renseignement téléphonique,
- ✓ assistance au quotidien en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation au domicile imprévue
- ✓ conseil et accompagnement en cas de maladie grave.

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 et de l'adhésion.
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués dans les unités ou centres de longs séjours, dans les ateliers thérapeutiques, dans les instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel, de rééducation professionnelle, dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées, dans les établissements médicaux sociaux, maisons d'accueil spécialisé.
- ✗ Le forfait journalier facturé par l'établissement d'hébergement médico-social, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD).
- ✗ La chirurgie esthétique non remboursée par la Sécurité sociale.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! 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 coordonnés.
- ! 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 LIMITATIONS

- ! **Chambre particulière** : Limitée à 30 jours / an en psychiatrie et 90 jours / an maison de repos, de rééducation ou de convalescence (SSR) (maison de repos prise en charge si fait suite à une hospitalisation).
- ! **Optique** : limitée à un équipement tous les 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Dentaire** : plafond annuel en fonction du nombre d'année d'adhésion, différent en fonction de la garantie choisie.

La liste des exclusions n'est pas exhaustive, se référer au tableau de garanties et notice d'information.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France métropolitaine (hors principauté de Monaco) et à l'étranger dans la limite voyages ou de séjours n'excédant pas 3 mois par an, si le Régime Obligatoire français d'assurance maladie du membre participant s'applique.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties puis d'exclusion du groupe assuré en cas de non-paiement des cotisations

A la souscription :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fournie par la Mutuelle et le signer,
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par la Mutuelle,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée.

En cours de contrat :

- Fournir tous les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.
- Transmettre les demandes de remboursements à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans courant à partir de la date retenue par le décompte de la Sécurité sociale.
- Informer la Mutuelle de tout changement intervenant dans votre situation ou celle de vos bénéficiaires qui aurait pour effet de rendre inexacts ou caduques les informations fournies lors de l'adhésion (déclaration par écrit, dans les 15 jours suivant l'évènement) : notamment état civil, affiliation Sécurité sociale, domiciliation, domiciliation bancaire.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) due.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont fixées annuellement.

Elles sont payables d'avance, mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement au choix du membre participant au moment de l'adhésion, à la date indiquée sur l'échéancier.

Les paiements sont effectués en euros, en France et par prélèvements automatiques sur le compte bancaire du membre participant.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion, date ne pouvant jamais être antérieure à la date de réception du dossier d'adhésion complet par le gestionnaire. Aucune adhésion avec un effet rétroactif ne peut être acceptée.

L'adhésion est conclue pour une durée initiale de douze mois minimum. Elle est ensuite renouvelable par tacite reconduction à chaque date anniversaire de l'adhésion, sauf résiliation.

En cas d'adhésion conclue à distance ou de démarchage à domicile, le membre participant dispose d'un délai de rétractation de 14 jours qui commence à courir à compter de la conclusion de l'adhésion ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion de l'adhésion).



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez résilier votre adhésion :

- A chaque échéance annuelle, à savoir à chaque date anniversaire de l'adhésion sous réserve de remplir la condition de durée d'adhésion minimum de 12 mois et d'en faire la demande par courrier recommandé avec avis de réception au moins 2 mois avant cette date.
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis.
- En cas de modification apportée à vos droits et obligations (cotisations et garanties), à condition d'en faire la demande dans un délai de 1 mois suivant la notification de ces modifications.