

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Mutuelle Fraternelle des Territoriaux, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité immatriculée sous le numéro 779 558 428
Siège social : 9 rue Général Ferrié – BP 42542 – 38035 Grenoble Cedex 2.

Garantie : **ASCENSION**



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 de garanties.

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

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé ASCENSION est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels ayants-droit en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables, y compris celles issues de la réforme du 100% Santé.



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 SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Tous actes pris en charge par le régime obligatoire**
- ✓ **Hospitalisation et maternité** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport, participation forfaitaire pour les actes techniques médicaux lourds.
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Consultations, visites médecins, examens médicaux, auxiliaires médicaux, analyses de biologie, pharmacie à service médical rendu (SMR) élevé ou modéré (remboursés à 65% et 30% par la Sécurité sociale)
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Honoraires médicaux (consultations, visites, actes de spécialités réalisés en cabinet) et paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, pharmacie à service médical rendu (SMR) élevé ou modéré (remboursés à 65% et 30% par la Sécurité sociale) et matériel médical.
- ✓ **Optiques** : Equipement (monture et verres) 100% Santé et à prix libre, lentilles de contact.
- ✓ **Dentaires** : Soins remboursés par la Sécurité Sociale, prothèses 100% Santé, à tarifs maîtrisés et à tarifs libres, (y compris couronnes transitoires), orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale.
- ✓ **Prothèses et implants dentaires non remboursés par la Sécurité Sociale.**
- ✓ **Aides auditives** : Equipement 100% Santé et à prix libres, accessoires remboursés par la Sécurité Sociale.
- ✓ **Prévention – bien-être (forfait annuel)** : ostéopathie, chiropractie, prophylaxie dentaire, étio-pathie, microkiné, acupuncture, pédicurie, podologie, sevrage tabagique, ostéodensitométrie, contraceptions, vaccins.
- ✓ **Maternité** : FIV, amniocentèse, péridurale
- ✓ **Cures thermales** sur prescription médicale

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de soins mutualiste
- ✓ Service d'analyse de devis
- ✓ Assistance santé

Les garanties précédées d'une ✓ 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 dans les établissements d'hébergement médico-sociaux comme les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS), les séjours en rééducation professionnelles, en service de gérontologie et gériatrie, en établissements de long séjour, en Etablissements d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et maisons de retraite.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale.
- ✗ Les cures autres que les cures thermales acceptées par le régime obligatoire.
- ✗ Les soins et les frais non remboursés par le régime obligatoire et non expressément prévus dans le descriptif des garanties.



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

- ! **Chambre particulière et lit accompagnant** : limite et plafonnement éventuels prévus au tableau des garanties.
- ! **Forfait ambulatoire** : prestation limitée à 20€ par intervention et plafonnée au montant de la dépense.
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans, excepté pour un enfant de plus de 6 ans et de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue auquel cas un équipement est remboursé une fois par an dans la limite des montants de prise en charge. Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de l'équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.
- ! **Dentaire** : Plafond annuel sur les prothèses et implants non remboursés par la Sécurité Sociale.
- ! **Appareillage auditif** : remboursement limité à 1 appareil par oreille, tous les 4 ans et par bénéficiaire.



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 de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée. Pour les pays ayant passé une convention de réciprocité avec la sécurité sociale française (Carte Européenne d'Assurance Maladie), la Mutuelle rembourse le ticket modérateur.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

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

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues sur le bulletin d'adhésion.
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans à compter de la date de l'acte se rapportant à la prestation.
- Informer la Mutuelle des événements suivants dans les quinze jours qui suivent la connaissance qu'il a de l'un de ces événements. :
 - Changements de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité,
 - Changement de profession : dans ce cas, l'assuré doit fournir à l'assureur les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée dans le contrat.

Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Semestriel, Trimestriel, Mensuel).

Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique ou précompte sur salaire pour les agents Ville ou CCAS de Grenoble et les agents Grenoble Alpes Métropole.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée sur le bulletin d'adhésion. En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).

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 l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à la date d'échéance principale du contrat, en nous adressant une notification par lettre, tout autre support durable, déclaration au siège social ou par acte extrajudiciaire, au moins deux mois avant cette date,
- à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription de la garantie en cours, par les mêmes moyens qu'en cas de résiliation à l'échéance annuelle ; la résiliation prend alors effet un mois après que la mutuelle en a reçu la notification,
- chaque année lors du renouvellement du contrat, dans les vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis d'échéance si ce dernier vous est envoyé après le 15 octobre,
- en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis. La résiliation doit être sollicitée dans les trois mois de l'évènement.