

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 pré contractuelle 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 ADMISTRÉS Commu est un contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'association « Promouvoir l'Accès à la Santé et aux Soins » (ci-après « le souscripteur ») auprès de la mutuelle Mutami et ce, au profit des membres du souscripteur (dénommés ci-après "les adhérents") et de leurs éventuels ayants-droit.

Le contrat a pour objet, dans la limite des frais réels, le versement de prestations en remboursement des frais de santé engagés par les adhérents et leurs éventuels ayants-droit. Il intervient en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales et réglementaire des contrats responsables et solidaires.



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 engagées, et une somme peut rester à la charge des adhérents.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation (y compris maternité) :** Honoraires chirurgicaux, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, frais de transport, participation forfaitaire acte lourds, Forfait patient urgence.
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales :** Analyse et examen de laboratoire, honoraires médicaux (consultations/visites/téléconsultations), actes d'imagerie et d'échographie ; honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux), actes techniques médicaux, médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65%, 30% et 15%, matériel médical (petit et grand appareillage)
- ✓ **Optiques :** Lunettes (monture et verres)
- ✓ **Dentaires :** Soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie,
- ✓ **Appareils/appareillages pris en charge l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) :** audioprothèse, prothèses et orthèses

LES GARANTIES COMPLEMENTAIRES

Chambre particulière, lit accompagnant
Implants dentaires, parodontologie et orthodontie non prise en charge par l'AMO
Lentilles de contact, Chirurgie réfractive
Médecine douce
Forfait examens de laboratoire non pris en charge par l'AMO
Activité physique adaptée prescrite (Sport Santé)

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Tiers-payant
- ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires)
- ✓ Service d'analyse de devis

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Aide-ménagère en cas d'hospitalisation
- ✓ Un service de téléconsultation
- ✓ Service de 2^{ème} avis médical
- ✓ Service de conseil et de protection juridique santé

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 soins reçus en dehors de la période d'adhésion du membre
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - dans les unités ou centres de long séjour
 - dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale
- ✗ Le forfait journaliser facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux comme 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

- ! **Optique :** prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Dentaire :** prise en charge prothèses à tarifs maîtrisés et libres limités à un plafond annuel en euros selon la formule.
- ! **Appareillage auditif :** prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans.
- ! **Médecine douce :** Forfait annuel par an et par bénéficiaire



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger que l'adhérent et le cas échéant ses ayants droit sont affiliés à un organisme d'assurance maladie français.
- ✓ 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,
- ✓ Les prestations de la mutuelle viennent en complément des remboursements de l'organisme d'assurance maladie français et sont payées en euros.



Quelles sont mes obligations ?

A l'adhésion au contrat, l'adhérent doit :

- ✓ 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 au contrat dans les délais prévus, sous peine de suspension des garanties.

En cours de contrat, l'adhérent doit :

- ✓ Fournir tous les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat (sauf en cas de télétransmission) et les justificatifs des dépenses engagées (sauf tiers payant intégral) ou autres justificatifs nécessaires pour obtenir le paiement des prestations prévues au tableau de garanties,
- ✓ Faire parvenir les demandes de remboursements à la mutuelle dans un délai maximum de deux ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité Sociale, ou la date de facture,
- ✓ Informer la mutuelle des événements suivants dans les quinze jours qui suivent la connaissance de l'un de ces événements : Changements de situation : changement d'adresse, de CPAM, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité, changement de situation professionnelle ou encore tout changement de conditions permettant de bénéficier du contrat,
- ✓ L'adhérent doit fournir à la mutuelle les justificatifs nécessaires à la modification de son adhésion. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification des conditions d'adhésion ou encore la cotisation.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables par l'adhérent directement à la mutuelle.
Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Semestriel, Trimestriel, Mensuel).
Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique.



Quand commence ma couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet de l'adhésion au contrat est indiquée sur le bulletin de demande d'adhésion. Elle est confirmée par courrier par la mutuelle, après réception de la demande d'adhésion complète.

L'adhésion est conclue pour une durée d'un an puis se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf demande de cessation de l'adhésion par l'adhérent dans les conditions fixées au contrat et définies ci-après.

La garantie cesse lorsque l'adhérent ne remplit plus les conditions pour bénéficier du contrat (ex : en cas de perte de la qualité de membre du souscripteur), en cas de non-paiement des cotisations (à l'issue de la procédure prévue à cet effet), en cas de demande de cessation de l'adhésion par l'adhérent, ou à la date de résiliation du contrat collectif conclue entre le souscripteur et la mutuelle.



Comment puis-je demander la cessation de mon adhésion (résiliation du contrat) ?

Vous pouvez mettre fin à votre adhésion :

- A la date d'échéance principale de l'adhésion : deux mois avant le 31 décembre de chaque année,
- Après expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet de l'adhésion, la demande de résiliation peut être effectuée à tout moment (en application de l'article L 221-10-2 du code de la mutualité). Dans ce cas, elle prendra effet un mois après réception de la demande.
- En cours d'année, sous réserve d'avoir produit les justificatifs en cas de perte du régime d'assurance maladie obligatoire, d'attribution de la CSS à l'adhérent, de décès de l'adhérent,
- au 31 décembre de l'année en cours de laquelle l'adhérent ne remplit plus les conditions pour bénéficier du contrat.