

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance (IPID)

Compagnie : CCMO Mutuelle, Mutuelle immatriculée en France et régie par le Code de la mutualité – SIREN n°780 508 073

Produit : **Complémentaire santé collective – Gamme MUTUELLE SANTE CITOYENNE**
SECURITE – TRANQUILITE – SERENITE



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 ; les niveaux de remboursement étant détaillés dans les tableaux de garanties.

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

Ce contrat d'assurance complémentaire Santé collectif est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de ses bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, après remboursement de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds et figurent dans le tableau de garanties. Les remboursements ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à la charge du bénéficiaire.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport, chambre particulière, frais d'accompagnement, chambre ambulatoire
- ✓ **Soins médicaux** : honoraires médicaux généralistes et spécialistes, actes techniques médicaux, analyse, médicaments, homéopathie et dispositifs médicaux, examens de laboratoire, pharmacie remboursée à 65%, à 30% et à 15% par la Sécurité sociale, médecines douces (ostéopathie, chiropractie, acuponcture, étio-pathie, réflexologie, naturopathie, sophrologie, kinésiologie, microkinésithérapie, hypnothérapie, cryothérapie, digitopuncture), analyse hors nomenclature, vaccins prescrits, ostéodensitométrie non remboursée par le R.O., honoraires paramédicaux (psychothérapie, psychomotricité, ergothérapie, consultation diététicien, sexologie par un psychologue, tabacologue, pédicurie-podologie), dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal, vaccins prescrits
- ✓ **Frais optiques remboursés par la Sécurité sociale** : équipement 100% santé, suppléments et prestations optiques Classe A, Equipements à tarifs libres Classe B, lentilles de contact.
- ✓ **Frais optiques non remboursés par la Sécurité sociale** : lentilles de contact, chirurgie réfractive.
- ✓ **Frais dentaires remboursés par la Sécurité sociale** : soins et prothèses 100% santé, soins dentaires, prothèses dentaires, orthodontie
- ✓ **Aides auditives** : équipement 100% santé, aide auditive adulte, aide auditive enfant et personne atteinte de cécité, entretien, réparation, accessoires et consommables remboursés par la Sécurité sociale.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : chambre particulière, frais d'accompagnant
- ✓ **Soins médicaux** : médicaments, homéopathie et dispositifs médicaux, ostéodensitométrie.
- ✓ **Frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale** : prothèses dentaires, orthodontie, implantologie, autres actes dentaires hors nomenclature (prothèse provisoire, inlay core et réparation sur prothèse dentaire remboursée par le R.O.)
- ✓ **Cures Thermales remboursées par la Sécurité sociale**

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ **Tiers payant** : pour éviter de faire l'avance de frais chez la plupart des professionnels de santé
- ✓ **Téléconsultation médicale** : des médecins disponibles 24h/24 et 7j/7 par téléphone
- ✓ **Services en ligne** dans votre espace sécurisé sur ccmo.fr : gestion du contrat et des effectifs...
- ✓ **Accès au réseau de soins mutualiste**

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Assistance à domicile, en déplacement et à l'étranger

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 de l'adhésion au contrat collectif.
- ✗ 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.



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 transports.
- ! 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.
- ! Pour les praticiens non conventionnés, le remboursement est effectué sur la base de remboursement transmise par le Régime d'assurance Obligatoire (Tarif d'autorité).

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Chambre particulière, Chambre ambulatoire**: prise en charge limitée à 60 jours par an ou à 90 jours par an, 45 jours par an en psychiatrie et 12 jours par an en maternité.
- ! **Dentaire** : Prise en charge aux frais réels des soins et prothèses dentaires relevant du 100% Santé dans la limite des honoraires limites de facturation. Le remboursement est limité aux honoraires limites de facturation pour les prothèses dentaires relevant de l'offre à tarifs maîtrisés.
- ! **Prothèses dentaires remboursées** : limitées à un plafond en euros par an.
- ! **Implantologie** : limité à un plafond en € par an.
- ! **Optique** : Prise en charge aux frais réels des équipements relevant du 100% Santé. Dans tous les cas le remboursement est limité à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue à compter de la dernière consommation.
- ! **Aides auditives** : Prise en charge aux frais réels des équipements relevant du 100% Santé. Dans tous les cas, le remboursement est limité à une aide auditive par oreille tous les 4 ans à compter de la dernière consommation.
- ! **médecines douces (ostéopathie, chiropractie, acuponcture, étio-pathie, réflexologie, naturopathie, sophrologie, kinésiologie, microkinésithérapie, hypnothérapie, cryothérapie, digitopuncture, consultation homéopathe), analyse hors nomenclature, vaccins prescrits, ostéodensitométrie non remboursée par le R.O., honoraires paramédicaux (psychothérapie, psychomotricité, ergothérapie, consultation diététicien, sexologie par un psychologue, tabacologue, pédicurie-podologie), dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal** : limité à un plafond en € par an.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, la Mutuelle prend en charge les soins remboursés par la Sécurité sociale, sur la base de remboursement transmis par le Régime Obligatoire. Les prestations non remboursées par la Sécurité sociale et prestations forfaitaires ne sont pas prises en charge par la Mutuelle dès lors que les soins ont été dispensés à l'étranger.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat ou de suspension des garanties et de radiation du contrat collectif, le cas échéant :

A la souscription et au cours du contrat collectif, vous devez notamment :

- Retourner les Conditions particulières dûment signées à la Mutuelle,
- Transmettre aux bénéficiaires du contrat collectif, un bulletin d'adhésion/d'affiliation à retourner dûment complété et signé à la Mutuelle,
- Remettre aux bénéficiaires du contrat collectif une notice d'information établie par la Mutuelle qui définit les garanties souscrites et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de demande de prestations,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée aux Conditions particulières,
- Signaler toutes les modifications administratives intervenues concernant les salariés affiliés au moyen de la Déclaration Sociale Nominative (DSN), ou d'une fiche de liaison pour les autres bénéficiaires,
- Respecter l'ensemble des obligations prévues au sein des Conditions générales et aux Conditions particulières applicables.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables mensuellement, à terme échu, au plus tard le 10 du mois suivant la réception de l'appel de cotisation, sauf stipulations contraires inscrites aux Conditions particulières. Le règlement des cotisations peut s'effectuer par chèque, prélèvement automatique ou par virement sur le compte bancaire de CCMO Mutuelle ou encore par téléversement via la DSN.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat collectif prend effet à la date figurant dans les Conditions particulières.

Le contrat collectif qui lie le souscripteur à la Mutuelle a une durée minimum de douze mois comprise entre la date d'effet et le 31 décembre de la première année civile qui suit. Il se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction pour une période de 12 mois. Le terme du contrat est fixé au 31 décembre de l'année civile. Le bénéficiaire peut se référer à la notice d'information qui lui a été communiquée par le souscripteur pour obtenir les informations relatives à la durée de sa couverture santé.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez résilier le contrat collectif dans les cas et délais prévus par la réglementation et les conditions générales, soit à l'échéance annuelle, au 31 décembre de chaque année en nous adressant une lettre recommandée ou recommandé électronique au moins deux mois avant cette date et à condition d'avoir effectué au moins un an de sociétariat.

Assurance Surcomplémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance (IPID)

Compagnie : CCMO Mutuelle, Mutuelle immatriculée en France et régie par le Code de la mutualité – SIREN n°780 508 073

Produit : **Surcomplémentaire santé collective – MUTUELLE SANTE CITOYENNE NR ESSENTIEL**



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 ; les niveaux de remboursement étant détaillés dans le tableau de garanties.

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

Ce contrat d'assurance surcomplémentaire Santé collectif est destiné, dans la limite du reste à charge réel, à assurer un remboursement sur certains postes de soins, venant en complément des prestations versées par la Sécurité sociale française et de celles versées par le contrat d'assurance maladie complémentaire. Le produit ne respecte pas les conditions légales des contrats responsables et est soumis à un taux majoré de taxe de solidarité additionnelle.



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. Les remboursements ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à la charge du bénéficiaire.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport, chambre particulière, frais d'accompagnement, chambre ambulatoire
- ✓ **Soins médicaux** : honoraires médicaux généralistes et spécialistes, actes techniques médicaux, analyse, médicaments, homéopathie et dispositifs médicaux, examens de laboratoire, pharmacie remboursée à 65%, à 30% et à 15% par la Sécurité sociale, médecines douces (ostéopathie, chiropractie, acuponcture, étiothérapie, réflexologie, naturopathie, sophrologie, kinésiologie, microkinésithérapie, hypnothérapie, cryothérapie, digitopuncture), analyse hors nomenclature, vaccins prescrits, ostéodensitométrie non remboursée par le R.O., honoraires paramédicaux (psychothérapie, psychomotricité, ergothérapie, consultation diététicien, sexologie par un psychologue, tabacologue, pédicurie-podologie), dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal.
- ✓ **Frais dentaires remboursés par la Sécurité sociale** : soins

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ **Tiers payant** : pour éviter de faire l'avance de frais chez la plupart des professionnels de santé
- ✓ **Téléconsultation médicale** : des médecins disponibles 24h/24 et 7j/7 par téléphone
- ✓ **Services en ligne** dans votre espace sécurisé sur ccmo.fr : gestion du contrat et des effectifs...
- ✓ **Accès au réseau de soins mutualiste**

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Assistance à domicile, en déplacement et à l'étranger

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 indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale.
- ✗ Les soins et les frais réalisés lorsque vous n'avez pas souscrit ou maintenu un contrat complémentaires santé.



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 transports.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Pour les praticiens non conventionnés, le remboursement est effectué sur la base de remboursement transmise par le Régime d'assurance Obligatoire (Tarif d'autorité).

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Chambre particulière, Chambre particulière ambulatoire** : prise en charge limitée à 90 jours par an, 45 jours par an en psychiatrie et 12 jours par an en maternité.
- ! **médecines douces (ostéopathie, chiropractie, acuponcture, étiothérapie, réflexologie, naturopathie, sophrologie, kinésiologie, microkinésithérapie, hypnothérapie, cryothérapie, digitopuncture), analyse hors nomenclature, vaccins prescrits, ostéodensitométrie non remboursée par le R.O., honoraires paramédicaux (psychothérapie, psychomotricité, ergothérapie, consultation diététicien, sexologie par un psychologue, tabacologue, pédicurie-podologie), dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal** : limité à un plafond en € par an.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, la Mutuelle prend en charge les soins remboursés par la Sécurité sociale, sur la base de remboursement transmise par le Régime Obligatoire. Les prestations non remboursées par la Sécurité sociale et prestations forfaitaires ne sont pas prises en charge par la Mutuelle dès lors que les soins ont été dispensés à l'étranger.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat ou de suspension des garanties et de radiation du contrat collectif, le cas échéant :

A la souscription et au cours du contrat collectif, vous devez notamment :

- Retourner les Conditions particulières dûment signées à la Mutuelle,
- Transmettre aux bénéficiaires du contrat collectif, un bulletin d'adhésion/d'affiliation à retourner dûment complété et signé à la Mutuelle,
- Remettre aux bénéficiaires du contrat collectif une notice d'information établie par la Mutuelle qui définit les garanties souscrites et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de demande de prestations,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée aux Conditions particulières,
- Signaler toutes les modifications administratives intervenues concernant les salariés affiliés au moyen de la Déclaration Sociale Nominative (DSN), ou d'une fiche de liaison pour les autres bénéficiaires,
- Respecter l'ensemble des obligations prévues au sein des Conditions générales et aux Conditions particulières applicables.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables mensuellement, à terme échu, au plus tard le 10 du mois suivant la réception de l'appel de cotisation, sauf stipulations contraires inscrites aux Conditions particulières. Le règlement des cotisations peut s'effectuer par chèque, prélèvement automatique ou par virement sur le compte bancaire de CCMO Mutuelle ou encore par téléversement via la DSN.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat collectif surcomplémentaire prend effet à la date figurant dans les Conditions particulières.

Le contrat collectif qui lie le souscripteur à la Mutuelle a une durée minimum de douze mois comprise entre la date d'effet et le 31 décembre de la première année civile qui suit. Il se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction pour une période de 12 mois. Le terme du contrat est fixé au 31 décembre de l'année civile. Le bénéficiaire peut se référer à la notice d'information qui lui a été communiquée par le souscripteur pour obtenir les informations relatives à la durée de sa couverture santé.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez résilier le contrat collectif surcomplémentaire dans les cas et délais prévus par la réglementation et les conditions générales, soit à l'échéance annuelle, au 31 décembre de chaque année en nous adressant une lettre recommandée ou recommandé électronique au moins deux mois avant cette date et à condition d'avoir effectué au moins un an de sociétariat.

En tout état de cause, le contrat collectif surcomplémentaire est lié au contrat collectif santé responsable et la résiliation de ce dernier entraîne de plein droit la radiation du contrat surcomplémentaire.