

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 d'Assurance Complémentaire Santé CCM CCAS est un contrat de complémentaire santé collectif à adhésion obligatoire, souscrit par une personne morale, destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française dans la limite des frais réels. Le produit respecte les conditions légales des contrats solidaires et responsables et les dispositions du 100% Santé s'appliquant à l'optique, l'audiologie et le dentaire.



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

- ✓ **Hospitalisation** : Frais de séjour et de salle d'opération, honoraires et actes des médecins, Forfait journalier hospitalier, Forfait Patient Urgence, Chambre particulière (complète, ambulatoire et maternité), Frais d'accompagnement (enfant -16 ans), Frais de transport
- ✓ **Soins courants** : Consultations, visites de médecins généralistes et spécialistes, Actes techniques médicaux, Actes d'imagerie médicale, Auxiliaires médicaux, Analyses, prélèvements et examens de laboratoires, Analyses hors nomenclature, frais de transports, Consultations ostéopathes, chiropracteurs, étioopathes et médecins acupuncteurs, kinésithérapeutes méthode Mézières, Médicaments, Pansements, Majoration des soins courants de 50% (médecins OPTAM/OPTAM-CO) pour les personnes en situation de handicap titulaires d'une carte d'invalidité à 80% ou de la Carte Mobilité Inclusion mention Invalidité
- ✓ **Optique** : Monture et verres (adulte et enfant) acceptés par la Sécurité sociale (dans et hors réseau Kalixia), Lentilles remboursées par la Sécurité sociale, Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale y compris jetables, Chirurgie corrective non prise en charge par la Sécurité sociale
- ✓ **Dentaire** : Soins, Radiologie dentaire, Consultations et radiologie, Prothèses dentaires, Orthodontie pris en charge par la Sécurité sociale, Prothèses dentaires, Orthodontie, Implantologie, Couronne ou stellite provisoire, Parodontologie et autres actes dentaires non pris en charge par la Sécurité sociale
- ✓ **Matériel médical - Appareillage** : Orthopédie et prothèses médicales, Véhicule pour personne handicapée accepté par la Sécurité sociale
- ✓ **Aide auditive** : Equipement auditif (y compris accessoires, fournitures et entretien) acceptés par la Sécurité sociale
- ✓ **Autres prestations** : Cures thermales agréées par l'Assurance Maladie, Vaccins, Contraception prescrite non remboursée, Ostéodensitométrie non remboursée, Détartrage annuel des dents, Scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans, Pack prévention.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de soins Kalixia (opticiens, audioprothésistes et ostéopathes)
- ✓ Aides exceptionnelles par le fonds social
- ✓ Tiers-payant Viamedis
- ✓ Téléconsultation Médicale
- ✓ Deuxième Avis Médical
- ✓ Visible Patient Solution
- ✓ Prof Express

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Assistance (Energie Mutuelle Services) assurée par AUXIA ASSISTANCE

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
- ✗ 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 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)
- ✗ Les médicaments non remboursés 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 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 spécialistes n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée
- ! Les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle (codification DE)
- ! Optique : prise en charge limitée à un équipement (1 monture et 2 verres) par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un enfant de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Hospitalisation** : prise en charge limitée à 5 300 euros pour les frais de séjour et de salle d'opération en établissement non conventionné
- ! **Hospitalisation** : prise en charge limitée de la chambre particulière, hospitalisation complète à 90 jours par année civile et hospitalisation.
- ! **Consultations ostéopathes, chiropracteurs, étioopathes, kinésithérapeutes méthode Mézières et médecins acupuncteurs** : 12 séances par année civile (sur frais réel limité à 100 euros)
- ! **Prothèses dentaires, Orthodontie, Implantologie, Couronne ou stellite provisoire, Parodontologie non remboursées par la Sécurité sociale** : Forfaits annuels



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France métropolitaine, dans les Départements d'Outre-Mer (DROM) 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



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

- Être membres participants bénéficiant du régime général ou local d'Assurance maladie (ne bénéficiant pas du régime statutaire des Industries Electriques et Gazières)
- Remplir avec exactitude le formulaire d'adhésion fourni par la mutuelle accompagné des pièces justificatives
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale
- Informer l'assureur des événements suivants, par lettre recommandée, par voie postale ou électronique, dans les 2 mois qui suivent la connaissance qu'il a de l'un de ces événements, ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation :
 - 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



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont dues mensuellement à la date indiquée dans le contrat

Les paiements peuvent être réalisés par précompte, effectué par l'employeur, ou par prélèvement automatique mensuel ou trimestriel d'avance, le cas échéant, dans le cadre des maintiens de garanties à titre facultatif

Des modifications en cours d'année peuvent intervenir



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet de l'adhésion prend effet à la date d'embauche du salarié. Pour les ayants droit, la date d'effet du droit à remboursement est la date à laquelle ils acquièrent la qualité d'ayants droit couverts à titre obligatoire au sens de la Sécurité sociale, tel que prévu dans la notice d'information.

L'affiliation prend fin le jour de la rupture du contrat de travail (hormis le cas, visé ci-après, de maintien temporaire de la garantie pendant une durée maximale de 12 mois dans la cadre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, en cas de bénéfice des allocations chômage de Pôle Emploi) ou lors du passage dans une catégorie de salariés non visée parmi les Bénéficiaires ; le jour de la suspension de votre contrat de travail sans maintien de rémunération ni maintien d'une indemnité financée par votre employeur et en l'absence de demande de votre part de bénéficiaire de la possibilité de maintien des garanties à titre facultatif ; au jour du décès ; le jour de la résiliation du contrat d'assurance auquel a adhéré l'employeur

Les garanties sont souscrites par l'employeur dans le cadre de l'année civile. L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, quelle que soit la date d'adhésion initiale, 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 :

- Après l'expiration d'un délai d'un an à compter de l'adhésion, sans frais ni pénalités par tous moyens contractuels. Elle prend effet, à défaut d'accord des parties, un mois après la réception par la Mutuelle de la notification
- Au plus tard au 31 octobre pour une cessation de contrat au 31 décembre de l'année. L'employeur adresse à la mutuelle par tous moyens contractuels, au moins 2 mois avant cette date