

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTE

Document d'information sur le produit d'assurance

Identités Mutuelle – Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité – SIREN 379 655 541

Produit : Offre Cocoon Assurance Santé responsable distribuée par COVERLIFE

**Identités
Mutuelle**
AUJOURD'HUI ET HUMAINS

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. 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 est 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 du Régime obligatoire (RO).

Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



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 précédées d'une coche  sont systématiquement prévues au contrat.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Hospitalisation** : Honoraires (médecins, chirurgiens, anesthésistes), forfait journalier hospitalier, transport du malade accepté par le RO, frais de séjour secteur conventionné et non conventionné.
- ✓ **Soins courants, médicaments et matériel médical** : Consultations, visites (médecins généralistes et spécialistes), radiologie, actes techniques médicaux, auxiliaires médicaux, analyses et examens de laboratoire, médicaments prescrits pris en charge par le RO, prothèses médicales et appareillage.
- ✓ **Dentaire 100% Santé, offres maîtrisée et libre prises en charge par le RO** : prothèses dentaires, prothèses amovibles, actes prothétiques.
- ✓ **Dentaire, autres actes** : soins, actes, consultations, orthodontie remboursée par le RO.
- ✓ **Optique** : 100% Santé et offre libre : lunettes (monture et verres), filtres, prisme et adaptation de la prescription.
- ✓ **Aides auditives remboursées par le RO** : 100% Santé et offre libre, accessoires et frais d'entretien.
- ✓ **Actes de prévention** remboursés par le RO.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Chambre particulière.
Lit accompagnant pour les enfants de moins de 16 ans.
Médicaments prescrits non pris en charge par le RO.
Prothèses et parodontologie non remboursées par le RO.
Implantologie.
Lentilles remboursées ou non par le RO.
Chirurgie réfractive.
Médecine douce.
Cure thermale : soins, transport et hébergement, remboursé par le RO.

LES SERVICES ET AVANTAGES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Pas de questionnaire médical à l'adhésion.
- ✓ Réseau Santé Clair.
- ✓ Pas d'avance des frais sur certaines garanties grâce au tiers payant.
- ✓ Gratuité pour le 3^{ème} enfant et les suivants



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 du RO 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 le RO
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médico-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD)
- ✗ Toutes médecines douces de praticien non titulaire d'un diplôme officiellement reconnu
- ✗ Hospitalisation : frais personnels (téléphone, télévision...)



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

- ! **Honoraires en hospitalisation et dentaire (prothèses dentaires et amovibles, actes prothétiques et orthodontie remboursés par le RO)** : prise en charge limitée à 100% BR les 3 premiers mois.
- ! **Chambre particulière et lit accompagnant** : limités à 30 jours par an.
- ! **Dentaire (prothèses et parodontologie non remboursées par le RO, implantologie)** : délai de carence de 3 mois.
- ! **Plafond dentaire** : déterminé entre 650 € et 1 500 € la 1^{ère} année et entre 750 € et 1 800 € la 3^{ème} année et suivantes.
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans, réduite à 1 an pour un enfant de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (sur justificatif).
- ! **Aides auditives** : plafond de 1 700 € par oreille pour les aides auditives de Classe II.
- ! **Médecines douces** : délai de carence de 3 mois.



Où le salarié et ses ayants droit sont-ils couverts ?

- ✓ 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.



Quelles sont mes obligations ?

À la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude et signer électroniquement la proposition d'assurance fournie par Coverlife ;
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par Coverlife.

En cours de contrat :

- Fournir tous les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat ;
- Faire parvenir les demandes de remboursements à Génération dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre RO ;
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat, sous peine de suspension puis, résiliation des garanties ;
- Informer Coverlife des événements suivants, par demande écrite, dès la connaissance des événements :
 - o Changements de situation au regard des régimes d'assurance maladie obligatoire français ;
 - o Changement de fréquence de paiement, d'adresse, de domiciliation bancaire, de situation familiale.
- Se soumettre à tout contrôle médical destiné à vérifier la réalité des dépenses engagées par Génération.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance selon une périodicité choisie par l'adhérent (Mensuelle, Trimestrielle, Semestrielle ou Annuelle), à la date indiquée au contrat. Les paiements peuvent être effectués par prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture commence à la date d'effet indiquée sur le certificat d'adhésion.

En cas de contrat conclu à distance, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 30 jours, 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 par tacite reconduction, 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 de votre contrat, en nous adressant une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique au moins deux mois avant cette date (soit avant le 31 octobre) ;
- À tout moment, sans frais ni pénalités, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription au contrat ;
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur le montant des cotisations et les risques garantis ;
- En cas de révision des cotisations, en nous adressant une lettre recommandée dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification ;
- En cas de modification du contrat suite à une évolution réglementaire, ou une décision du Conseil d'Administration dans un délai de 30 jours à compter de la notification de la modification du contrat par Coverlife ;
- Vous pouvez mettre fin au contrat si vous êtes dans l'une des situations suivantes (sous réserve de présenter les justificatifs requis) :
 - o Être bénéficiaire de la CMU-C ;
 - o Être bénéficiaire d'une complémentaire santé obligatoire au titre d'un contrat collectif.