

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Mutuelle Complémentaire de la Ville de Paris, de l'Assistance Publique et des Administrations Annexes,
Régie par le Code la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II.
SIREN 784 227 894 - siège social : 52 rue de Sévigné—75003 PARIS



Produit : COUVERTURE 2

Ce document d'information présente un résumé des principales dispositions contractuelles (en ce qui concerne les garanties et exclusions). Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation contractuelle (règlement mutualiste et ses annexes). En particulier, les niveaux de remboursement des frais médicaux sont détaillés dans le tableau des garanties de la COUVERTURE 2.

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

Le produit COUVERTURE 2 est une assurance complémentaire santé destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge du membre participant et de ses ayants droit assurés dans le cadre du contrat, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément des remboursements effectués par la Sécurité Sociale Française (AMO, Assurance Maladie Obligatoire). Les garanties respectent les conditions légales d'un contrat solidaire et responsable.



Qu'est ce qui est assuré ?

Les montants des prestations de l'assurance complémentaire santé sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ces plafonds peuvent être moins élevés que les dépenses engagées et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux, actes techniques médicaux, honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoires,
- ✓ **Pharmacie** : médicaments remboursés par l'AMO à 65%, 30% et 15%,
- ✓ **Matériel et appareils médicaux** pris en charge par l'AMO.
- ✓ **Hospitalisation et maternité** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport, frais d'accompagnant, chambre particulière.
- ✓ **Frais d'optique** : Equipements optiques (monture et verres) de classe A (100% Santé) et B (prix libres), lentilles de contact, chirurgie réfractive de l'œil.
- ✓ **Frais dentaires** : Soins dentaires, prothèses dentaires fixes 100 % santé, prothèses dentaires fixes Reste à charge modéré, prothèses dentaires fixes et amovibles prix libres ; orthodontie ; actes dentaires non pris en charges par l'AMO : implantologie, parodontie.
- ✓ **Aides auditives** : équipements de classe 1 et 2.
- ✓ **Prévention** : bilan nutritionnel ou médecine du sport ; substituts nicotiniques ; ostéodensitométrie ; traitement anti-paludéen ; vaccins et rappels ; contraceptifs non pris en charge par l'AMO.
- ✓ **Cures thermales** : soins thermaux ; frais d'hébergement et de transport pris en charge par l'AMO.
- ✓ **Bien-être** : ostéopathie, chiropractie, podologie...
- ✓ **Allocations** : naissance, mariage, participation aux frais d'obsèques.
- ✓ **Allocations journalières** : complément de revenus en cas d'arrêt maladie (selon catégorie d'adhérent et niveau de garanties).

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Assurance extra-scolaire, convention passée avec la société Swisslife Assurances.

Garantie obsèques, rapatriement de corps, convention passée avec les compagnies ACS et Mondial Assistance.

Garantie dépendance, convention passée avec la CNP.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Télétransmission avec la sécurité sociale.
- ✓ Conseil social, assuré par la MCVPAP.
- ✓ Informations juridiques, assurées par la MCVPAP.
- ✓ Site web d'informations et espace adhérent (suivi remboursements...)
- ✓ Adhésion à la Mutuelle Complémentaire des Activités Sociales (MCAS)

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Assistance vie quotidienne (aide à domicile en cas d'hospitalisation, garde d'enfants malades...). Contrat souscrit auprès de la société Mondial Assistance.
- ✓ Assurance scolaire enfants de 2 à 20 ans. Contrat souscrit auprès de la société SwissLife assurances.

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 contractuelle.
- ✗ Les soins non pris en charge par l'AMO (à l'exception des soins dûment précisés comme garantis dans le tableau de garanties).
- ✗ 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.
- ✗ Les dépassements d'honoraires.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par l'AMO.
- ✗ 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).



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises de 0,50 € sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et de 2 € sur les transports sanitaires.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins coordonné.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! Certaines prestations font l'objet d'une restriction forfaitaire en terme de montant et/ ou de durée (consultez le tableau des garanties) notamment :
 - **Chambre particulière** : remboursement limité à 30 jours par an.
 - **Optique** : prise en charge limitée à un équipement tous les deux ans, réduite à un an pour les verres, pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Prise en charge de la monture limitée à 30 €.
 - **Chirurgie réfractive de l'œil** : forfait annuel par œil.
 - **Dentaire** : participation mutuelle annuelle limitée à 1 000 € du 1^{er} au 12^e mois d'adhésion, 1 700 € du 13^e au 24^e mois d'adhésion, 2 700 € à partir du 25^e mois pour les prothèses (hors prothèses 100 % santé) et implants.
 - **Aides auditives** : Renouvellement/appareil tous les 4 ans.
- ! **Allocations journalières** : limitées à 365 jours sur une période de 3 ans, hormis pour les membres participants agents ville de Paris bénéficiaires de l'APS et dont l'indice brut de rémunération est = ou < à 388 pour qui les allocations journalières sont versées durant 9 mois pour les maladies ordinaires, 2 ans pour les longues maladies, 3 ans pour les maladies de longue durée.

- ! **DÉLAIS DE STAGE** : périodes à compter de la date d'adhésion à la Mutuelle pendant laquelle la garantie de la Mutuelle n'est pas due (pour certaines catégories de personnes énumérées au règlement mutualiste, tout ou partie des délais de stage ne sont toutefois pas applicables) :

- **3 mois** : allocations forfaitaires sur prothèses dentaires (hors 100% santé), orthodontie, parodontie, optique (hors 100% santé), cures thermales, prothèses et appareillages, chambre particulière, accompagnement hospitalisation enfant, allocation mariage, naissance ou adoption,
- **9 mois** : chirurgie réfractive de l'œil, allocations journalières.

Les délais de stage ne sont pas applicables aux paniers de soins «100% Santé» Reste à Charge Zéro en optique, dentaire et aides auditives.



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 du remboursement par le régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Pour la souscription du contrat, vous devez, sous peine de nullité du contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle :

- Remplir avec exactitude et signer le bulletin d'adhésion fourni par la mutuelle.
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par la mutuelle.

En cours de contrat, vous devez :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat,
- Faire parvenir la demande de remboursement à la mutuelle dans un délai maximum de deux ans suivant la date des soins.
- Régler la cotisation indiquée au contrat.
- Informer la mutuelle des évènements suivants dès que vous en avez connaissance :
 - Tout changement dans la situation personnelle, et/ou familiale, et/ou administrative, et/ou professionnelle.
 - Certains changements peuvent, dans certains cas, entraîner une modification contractuelle (notamment de la cotisation).



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont mensuelles, appelées à terme échu, selon l'avis d'échéance annuel, adressé à l'adhérent.

Les paiements peuvent être effectués par précompte, prélèvement bancaire ou Titre Interbancaire de Paiement (TIP), au choix de l'adhérent.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet de l'adhésion est le premier jour du mois suivant le jour de réception par la Mutuelle du bulletin d'adhésion signé, accompagné des pièces justificatives demandées. L'adhérent dispose d'un délai de 30 jours calendaires (inclus le délai de rétractation de 14 jours en cas de contrat conclu à distance ou de démarchage) pour renoncer à l'adhésion sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir soit à compter du jour où l'adhérent est informé que l'adhésion a pris effet, soit à compter de la réception des informations précontractuelles (si cette date est postérieure).

Le droit aux prestations est ouvert à la date d'effet de l'adhésion, sous réserve des délais de stage.

Le contrat est conclu pour une durée d'un an, du 1er janvier au 31 décembre. Si l'adhésion intervient en cours d'année, le contrat dure jusqu'au 31 décembre de l'année d'adhésion. Le contrat se renouvelle tacitement d'année en année au 1er janvier, sauf résiliation par l'une des parties dans conditions légales et réglementaires.

La garantie de l'adhérent et de ses ayants droit prend fin à la date de résiliation.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à la date d'échéance principale du contrat (31 décembre) en adressant à la mutuelle une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique au moins deux mois avant cette date,
- en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis (article L221-17 du code de la mutualité).
- après expiration d'un délai d'un an à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion, à tout moment sans frais ni pénalités.

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Mutuelle Complémentaire de la Ville de Paris, de l'Assistance Publique et des Administrations Annexes, Régie par le Code la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II.
SIREN 784 227 894 - siège social : 52 rue de Sévigné—75003 PARIS



Produit : MODULE A

Ce document d'information présente un résumé des principales dispositions contractuelles (en ce incluses les garanties et exclusions). Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation contractuelle (règlement mutualiste et ses annexes). En particulier, les niveaux de remboursement des frais médicaux sont détaillés dans le tableau des garanties du MODULE A.

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

Le produit **MODULE A** est une assurance complémentaire santé destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge du membre participant et de ses ayants droit assurés dans le cadre du contrat, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément des remboursements effectués par la Sécurité Sociale Française (AMO, Assurance Maladie Obligatoire). Les garanties respectent les conditions légales d'un contrat solidaire et responsable.



Qu'est ce qui est assuré ?

Les montants des prestations de l'assurance complémentaire santé sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ces plafonds peuvent être moins élevés que les dépenses engagées et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux, actes techniques médicaux, honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoires,
- ✓ **Pharmacie** : médicaments remboursés par l'AMO à 65%, 30% et 15%,
- ✓ **Matériel et appareils médicaux** pris en charge par l'AMO.
- ✓ **Hospitalisation et maternité** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport, frais d'accompagnant, chambre particulière.
- ✓ **Frais d'optique** : Equipements optiques (monture et verres) de classe A (100% Santé) et B (prix libres), lentilles de contact, chirurgie réfractive de l'œil.
- ✓ **Frais dentaires** : Soins dentaires, prothèses dentaires fixes 100 % santé, prothèses dentaires fixes Reste à Charge modéré, prothèses dentaires fixes et amovibles prix libres ; orthodontie ; actes dentaires non pris en charges par l'AMO : implantologie, parodontie.
- ✓ **Aides auditives** : équipements de classe 1 et 2.
- ✓ **Prévention** : bilan nutritionnel ou médecine du sport ; substituts nicotiniques ; ostéodensitométrie ; traitement anti-paludéen ; vaccins et rappels ; contraceptifs non pris en charge par l'AMO.
- ✓ **Cures thermales** : soins thermaux ; frais d'hébergement et de transport pris en charge par l'AMO.
- ✓ **Bien-être** : ostéopathie, chiropractie, podologie...
- ✓ **Allocations** : naissance, mariage, participation aux frais d'obsèques.
- ✓ **Allocations journalières** : complément de revenus en cas d'arrêt maladie (selon catégorie d'adhérent et niveau de garanties).

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Assurance extra-scolaire, convention passée avec la société SwissLife Assurances.

Garantie obsèques, rapatriement de corps, convention passée avec les compagnies ACS et Mondial Assistance.

Garantie dépendance, convention passée avec la CNP.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Télétransmission avec la sécurité sociale.
- ✓ Conseil social, assuré par la MCVPAP.
- ✓ Informations juridiques, assurées par la MCVPAP.
- ✓ Site web d'informations et espace adhérent (suivi remboursements...)
- ✓ Adhésion à la Mutuelle Complémentaire des Activités Sociales (MCAS)

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Assistance vie quotidienne (aide à domicile en cas d'hospitalisation, garde d'enfants malades...). Contrat souscrit auprès de la société Mondial Assistance.
- ✓ Assurance scolaire enfants de 2 à 20 ans. Contrat souscrit auprès de la société SwissLife assurances.

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 contractuelle.
- ✗ Les soins non pris en charge par l'AMO (à l'exception des soins dûment précisés comme garantis dans le tableau de garanties).
- ✗ 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 l'AMO.
- ✗ 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).



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises de 0,50 € sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et de 2 € sur les transports sanitaires.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins coordonné.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM / OPTAM-CO).

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! Certaines prestations font l'objet d'une restriction forfaitaire en terme de montant et/ou de durée (consultez le tableau des garanties) notamment :

- **Chambre particulière** : remboursement limité à 30 jours par an.
- **Optique** : prise en charge limitée à un équipement tous les deux ans, réduite à un an pour les verres, pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Prise en charge de la monture limitée à 40 €.
- **Chirurgie réfractive de l'œil** : forfait annuel par œil.
- **Dentaire** : participation mutuelle annuelle limitée à 1 000 € du 1^{er} au 12^e mois d'adhésion, 1 700 € du 13^e au 24^e mois d'adhésion, 2 700 € à partir du 25^e mois pour les prothèses (hors prothèses 100 % santé) et implants.
- **Aides auditives** : Renouvellement/appareil tous les 4 ans.

- ! **Allocations journalières** : limitées à 365 jours sur une période de 3 ans, hormis pour les membres participants agents ville de Paris bénéficiaires de l'APS et dont l'indice brut de rémunération est = ou < à 388 pour qui les allocations journalières sont versées durant 9 mois pour les maladies ordinaires, 2 ans pour les longues maladies, 3 ans pour les maladies de longue durée.

- ! **DÉLAIS DE STAGE** : périodes à compter de la date d'adhésion à la Mutuelle pendant laquelle la garantie de la Mutuelle n'est pas due (pour certaines catégories de personnes énumérées au règlement mutualiste, tout ou partie des délais de stage ne sont toutefois pas applicables) :

- **3 mois** : allocations forfaitaires sur prothèses dentaires (hors 100% santé), orthodontie, parodontie, optique (hors 100% santé), cures thermales, prothèses et appareillages, chambre particulière, accompagnement hospitalisation enfant, allocation mariage, naissance ou adoption,
- **9 mois** : chirurgie réfractive de l'œil, allocations journalières.

Les délais de stage ne sont pas applicables aux paniers de soins «100% Santé» Reste à Charge Zéro en optique, dentaire et aides auditives.



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 du remboursement par le régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Pour la souscription du contrat, vous devez, sous peine de nullité du contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle :

- Remplir avec exactitude et signer le bulletin d'adhésion fourni par la mutuelle.
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par la mutuelle.

En cours de contrat, vous devez :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat,
- Faire parvenir la demande de remboursement à la mutuelle dans un délai maximum de deux ans suivant la date des soins.
- Régler la cotisation indiquée au contrat.
- Informer la mutuelle des évènements suivants dès que vous en avez connaissance :
 - Tout changement dans la situation personnelle, et/ou familiale, et/ou administrative, et/ou professionnelle.
 - Certains changements peuvent, dans certains cas, entraîner une modification contractuelle (notamment de la cotisation).



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont mensuelles, appelées à terme échu, selon l'avis d'échéance annuel adressé à l'adhérent.

Les paiements peuvent être effectués par précompte, prélèvement bancaire ou Titre Interbancaire de Paiement (TIP), au choix de l'adhérent.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet de l'adhésion est le premier jour du mois suivant le jour de réception par la Mutuelle du bulletin d'adhésion signé, accompagné des pièces justificatives demandées. L'adhérent dispose d'un délai de 30 jours calendaires (inclus le délai de rétractation de 14 jours en cas de contrat conclu à distance ou de démarchage) pour renoncer à l'adhésion sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir soit à compter du jour où l'adhérent est informé que l'adhésion a pris effet, soit à compter de la réception des informations précontractuelles (si cette date est postérieure).

Le droit aux prestations est ouvert à la date d'effet de l'adhésion, sous réserve des délais de stage.

Le contrat est conclu pour une durée d'un an, du 1er janvier au 31 décembre. Si l'adhésion intervient en cours d'année, le contrat dure jusqu'au 31 décembre de l'année d'adhésion. Le contrat se renouvelle tacitement d'année en année au 1er janvier, sauf résiliation par l'une des parties dans les conditions légales et réglementaires.

La garantie de l'adhérent et de ses ayants droit prend fin à la date de résiliation.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à la date d'échéance principale du contrat (31 décembre) en adressant à la mutuelle une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique au moins deux mois avant cette date,
- en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis (article L221-17 du code de la mutualité)
- après expiration d'un délai d'un an à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion, à tout moment sans frais ni pénalités.

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Mutuelle Complémentaire de la Ville de Paris, de l'Assistance Publique et des Administrations Annexes,
Régie par le Code la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II.
SIREN 784 227 894 - siège social : 52 rue de Sévigné—75003 PARIS



Produit : MODULE B

Ce document d'information présente un résumé des principales dispositions contractuelles (en ce incluses les garanties et exclusions). Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation contractuelle (règlement mutualiste et ses annexes). En particulier, les niveaux de remboursement des frais médicaux sont détaillés dans le tableau des garanties du MODULE B.

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

Le produit **MODULE B** est une assurance complémentaire santé destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge du membre participant et de ses ayants droit assurés dans le cadre du contrat, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément des remboursements effectués par la Sécurité Sociale Française (AMO, Assurance Maladie Obligatoire). Les garanties respectent les conditions légales d'un contrat solidaire et responsable.



Qu'est ce qui est assuré ?

Les montants des prestations de l'assurance complémentaire santé sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ces plafonds peuvent être moins élevés que les dépenses engagées et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux, actes techniques médicaux, honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoires,
- ✓ **Pharmacie** : médicaments remboursés par l'AMO à 65%, 30% et 15%,
- ✓ **Matériel et appareils médicaux** pris en charge par l'AMO.
- ✓ **Hospitalisation et maternité** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport, frais d'accompagnant, chambre particulière.
- ✓ **Frais d'optique** : Equipements optiques (monture et verres) de classe A (100% Santé) et B (prix libres), lentilles de contact, chirurgie réfractive de l'œil.
- ✓ **Frais dentaires** : Soins dentaires, prothèses dentaires fixes 100 % santé, prothèses dentaires fixe Reste à charge modéré, prothèses dentaires fixes et amovibles prix libres ; orthodontie ; actes dentaires non pris en charges par l'AMO : implantologie, parodontie.
- ✓ **Aides auditives** : équipements de classe 1 et 2.
- ✓ **Prévention** : bilan nutritionnel ou médecine du sport ; substituts nicotiniques ; ostéodensitométrie ; traitement anti-paludéen ; vaccins et rappels ; contraceptifs non pris en charge par l'AMO.
- ✓ **Cures thermales** : soins thermaux ; frais d'hébergement et de transport pris en charge par l'AMO.
- ✓ **Bien-être** : ostéopathie, chiropractie, podologie...
- ✓ **Allocations** : naissance, mariage, participation aux frais d'obsèques.
- ✓ **Allocations journalières** : complément de revenus en cas d'arrêt maladie (selon catégorie d'adhérent et niveau de garanties).

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Assurance extra-scolaire, convention passée avec la société SwissLife Assurances.

Garantie obsèques, rapatriement de corps, convention passée avec les compagnies ACS et Mondial Assistance.

Garantie dépendance, convention passée avec la CNP.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Télétransmission avec la sécurité sociale.
- ✓ Conseil social, assuré par la MCVPAP.
- ✓ Informations juridiques, assurées par la MCVPAP.
- ✓ Site web d'informations et espace adhérent (suivi remboursements...)
- ✓ Adhésion à la Mutuelle Complémentaire des Activités Sociales (MCAS)

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Assistance vie quotidienne (aide à domicile en cas d'hospitalisation, garde d'enfants malades...). Contrat souscrit auprès de la société Mondial Assistance.
- ✓ Assurance scolaire enfants de 2 à 20 ans. Contrat souscrit auprès de la société SwissLife assurances.

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 contractuelle.
- ✗ Les soins non pris en charge par l'AMO (à l'exception des soins dûment précisés comme garantis dans le tableau de garanties).
- ✗ 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 l'AMO.
- ✗ 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).



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises de 0,50 € sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et de 2 € sur les transports sanitaires.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins coordonné.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM / OPTAM-CO).

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! Certaines prestations font l'objet d'une restriction forfaitaire en terme de montant et/ ou de durée (consultez le tableau des garanties) notamment :

- **Chambre particulière** : remboursement limité à 30 jours par an.
- **Optique** : prise en charge limitée à un équipement tous les deux ans, réduite à un an pour les verres, pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Prise en charge de la monture limitée à 100 €.
- **Chirurgie réfractive de l'œil** : forfait annuel par œil.
- **Dentaire** : participation mutuelle annuelle limitée à 1 000 € du 1^{er} au 12^e mois d'adhésion, 1 700 € du 13^e au 24^e mois d'adhésion, 2 700 € à partir du 25^e mois pour les prothèses (hors prothèses 100 % santé) et implants.
- **Aides auditives** : Renouvellement/appareil tous les 4 ans.

- ! **Allocations journalières** : limitées à 365 jours sur une période de 3 ans, hormis pour les membres participants agents ville de Paris bénéficiaires de l'APS et dont l'indice brut de rémunération est = ou < à 388 pour qui les allocations journalières sont versées durant 9 mois pour les maladies ordinaires, 2 ans pour les longues maladies, 3 ans pour les maladies de longue durée.

- ! **DÉLAIS DE STAGE** : périodes à compter de la date d'adhésion à la Mutuelle pendant laquelle la garantie de la Mutuelle n'est pas due (pour certaines catégories de personnes énumérées au règlement mutualiste, tout ou partie des délais de stage ne sont toutefois pas applicables) :

- **3 mois** : allocations forfaitaires sur prothèses dentaires (hors 100% santé), orthodontie, parodontie, optique (hors 100% santé), cures thermales, prothèses et appareillages, chambre particulière, accompagnement hospitalisation enfant, allocation mariage, naissance ou adoption,
- **9 mois** : chirurgie réfractive de l'œil, allocations journalières.

Les délais de stage ne sont pas applicables aux paniers de soins «100% Santé» Reste à Charge Zéro en optique, dentaire et aides auditives.



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 du remboursement par le régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Pour la souscription du contrat, vous devez, sous peine de nullité du contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle :

- Remplir avec exactitude et signer le bulletin d'adhésion fourni par la mutuelle.
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par la mutuelle.

En cours de contrat, vous devez :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat,
- Faire parvenir la demande de remboursement à la mutuelle dans un délai maximum de deux ans suivant la date des soins.
- Régler la cotisation indiquée au contrat.
- Informer la mutuelle des événements suivants dès que vous en avez connaissance :
 - Tout changement dans la situation personnelle, et/ou familiale, et/ou administrative, et/ou professionnelle.
 - Certains changements peuvent, dans certains cas, entraîner une modification contractuelle (notamment de la cotisation).



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont mensuelles, appelées à terme échu, selon l'avis d'échéance annuel adressé à l'adhérent.

Les paiements peuvent être effectués par précompte, prélèvement bancaire ou Titre Interbancaire de Paiement (TIP), au choix de l'adhérent.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet de l'adhésion est le premier jour du mois suivant le jour de réception par la Mutuelle du bulletin d'adhésion signé, accompagné des pièces justificatives demandées. L'adhérent dispose d'un délai de 30 jours calendaires (inclus le délai de rétractation de 14 jours en cas de contrat conclu à distance ou de démarchage) pour renoncer à l'adhésion sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir soit à compter du jour où l'adhérent est informé que l'adhésion a pris effet, soit à compter de la réception des informations précontractuelles (si cette date est postérieure).

Le droit aux prestations est ouvert à la date d'effet de l'adhésion, sous réserve des délais de stage.

Le contrat est conclu pour une durée d'un an, du 1er janvier au 31 décembre. Si l'adhésion intervient en cours d'année, le contrat dure jusqu'au 31 décembre de l'année d'adhésion. Le contrat se renouvelle tacitement d'année en année au 1er janvier, sauf résiliation par l'une des parties dans les conditions légales et réglementaires.

La garantie de l'adhérent et de ses ayants droit prend fin à la date de résiliation.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à la date d'échéance principale du contrat (31 décembre) en adressant à la mutuelle une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique au moins deux mois avant cette date,
- en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis (article L221-17 du code de la mutualité)
- après expiration d'un délai d'un an à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion, à tout moment sans frais ni pénalités.

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Mutuelle Vomplémentaire de la Ville de Paris, de l'Assistance Publique et des Administrations Annexes, Régie par le Code la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II.
SIREN 784 227 894 - siège social : 52 rue de Sévigné—75003 PARIS



Produit : MODULE C

Ce document d'information présente un résumé des principales dispositions contractuelles (en ce incluses les garanties et exclusions). Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation contractuelle (règlement mutualiste et ses annexes). En particulier, les niveaux de remboursement des frais médicaux sont détaillés dans le tableau des garanties du MODULE C.

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

Le produit **MODULE C** est une assurance complémentaire santé destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge du membre participant et de ses ayants droit assurés dans le cadre du contrat, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément des remboursements effectués par la Sécurité Sociale Française (AMO, Assurance Maladie Obligatoire). Les garanties respectent les conditions légales d'un contrat solidaire et responsable.



Qu'est ce qui est assuré ?

Les montants des prestations de l'assurance complémentaire santé sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ces plafonds peuvent être moins élevés que les dépenses engagées et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux, actes techniques médicaux, honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoires,
- ✓ **Pharmacie** : médicaments remboursés par l'AMO à 65%, 30% et 15%,
- ✓ **Matériel et appareils médicaux** pris en charge par l'AMO.
- ✓ **Hospitalisation et maternité** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport, frais d'accompagnant, chambre particulière.
- ✓ **Frais d'optique** : Equipements optiques (monture et verres) de classe A (100% Santé) et B (prix libres), lentilles de contact, chirurgie réfractive de l'œil.
- ✓ **Frais dentaires** : Soins dentaires, prothèses dentaires fixes 100 % santé, prothèses dentaires fixes Reste à Charge modéré, prothèses dentaires fixes et amovibles prix libres ; orthodontie ; actes dentaires non pris en charges par l'AMO : implantologie, parodontie.
- ✓ **Aides auditives** : équipements de classe 1 et 2.
- ✓ **Prévention** : bilan nutritionnel ou médecine du sport ; substituts nicotiniques ; ostéodensitométrie ; traitement anti-paludéen ; vaccins et rappels ; contraceptifs non pris en charge par l'AMO.
- ✓ **Cures thermales** : soins thermaux ; frais d'hébergement et de transport pris en charge par l'AMO.
- ✓ **Bien-être** : ostéopathie, chiropractie, podologie...
- ✓ **Allocations** : naissance, mariage, participation aux frais d'obsèques.
- ✓ **Allocations journalières** : complément de revenus en cas d'arrêt maladie (selon catégorie d'adhérent et niveau de garanties).

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Assurance extra-scolaire, convention passée avec la société SwissLife Assurances.

Garantie obsèques, rapatriement de corps, convention passée avec les compagnies ACS et Mondial Assistance.

Garantie dépendance, convention passée avec la CNP.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Télétransmission avec la sécurité sociale.
- ✓ Conseil social, assuré par la MCVPAP.
- ✓ Informations juridiques, assurées par la MCVPAP.
- ✓ Site web d'informations et espace adhérent (suivi remboursements...)
- ✓ Adhésion à la Mutuelle Complémentaire des Activités Sociales (MCAS)

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Assistance vie quotidienne (aide à domicile en cas d'hospitalisation, garde d'enfants malades...). Contrat souscrit auprès de la société Mondial Assistance.
- ✓ Assurance scolaire enfants de 2 à 20 ans. Contrat souscrit auprès de la société SwissLife assurances.

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 contractuelle.
- ✗ Les soins non pris en charge par l'AMO (à l'exception des soins dûment précisés comme garantis dans le tableau de garanties).
- ✗ 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.
- ✗ Les dépassements d'honoraires.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par l'AMO.
- ✗ 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).



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises de 0,50 € sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et de 2 € sur les transports sanitaires.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins coordonné.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! Certaines prestations font l'objet d'une restriction forfaitaire en terme de montant et/ou de durée (consultez le tableau des garanties) notamment :
 - **Chambre particulière** : remboursement limité à 30 jours par an.
 - **Optique** : prise en charge limitée à un équipement tous les deux ans, réduite à un an pour les verres, pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Prise en charge de la monture limitée à 40 €.
 - **Chirurgie réfractive de l'œil** : forfait annuel par œil.
 - **Dentaire** : participation mutuelle annuelle limitée à 1 000 € du 1^{er} au 12^e mois d'adhésion, 1 700 € du 13^e au 24^e mois d'adhésion, 2 700 € à partir du 25^e mois pour les prothèses (hors prothèses 100 % santé) et implants.
 - **Aides auditives** : Renouvellement/appareil tous les 4 ans.
- ! **Allocations journalières** : limitées à 365 jours sur une période de 3 ans, hormis pour les membres participants agents ville de Paris bénéficiaires de l'APS dont l'indice brut de rémunération est = ou < à 388 pour qui les allocations journalières sont versées durant 9 mois pour les maladies ordinaires, 2 ans pour les longues maladies, 3 ans pour les maladies de longue durée.

- ! **DÉLAIS DE STAGE** : périodes à compter de la date d'adhésion à la Mutuelle pendant laquelle la garantie de la Mutuelle n'est pas due (pour certaines catégories de personnes énumérées au règlement mutualiste, tout ou partie des délais de stage ne sont toutefois pas applicables) :
 - **3 mois** : allocations forfaitaires sur prothèses dentaires (hors 100% santé), orthodontie, parodontie, optique (hors 100% santé), cures thermales, prothèses et appareillages, chambre particulière, accompagnement hospitalisation enfant, allocation mariage, naissance ou adoption,
 - **9 mois** : chirurgie réfractive de l'œil, allocations journalières.

Les délais de stage ne sont pas applicables aux paniers de soins «100% Santé» Reste à Charge Zéro en optique, dentaire et aides auditives.



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 du remboursement par le régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Pour la souscription du contrat, vous devez, sous peine de nullité du contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle :

- Remplir avec exactitude et signer le bulletin d'adhésion fourni par la mutuelle.
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par la mutuelle.

En cours de contrat, vous devez :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat,
- Faire parvenir la demande de remboursement à la mutuelle dans un délai maximum de deux ans suivant la date des soins.
- Régler la cotisation indiquée au contrat.
- Informer la mutuelle des évènements suivants dès que vous en avez connaissance :
 - Tout changement dans la situation personnelle, et/ou familiale, et/ou administrative, et/ou professionnelle.
 - Certains changements peuvent, dans certains cas, entraîner une modification contractuelle (notamment de la cotisation).



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont mensuelles, appelées à terme échu, selon l'avis d'échéance annuel adressé à l'adhérent.

Les paiements peuvent être effectués par précompte, prélèvement bancaire ou Titre Interbancaire de Paiement (TIP), au choix de l'adhérent.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet de l'adhésion est le premier jour du mois suivant le jour de réception par la Mutuelle du bulletin d'adhésion signé, accompagné des pièces justificatives demandées. L'adhérent dispose d'un délai de 30 jours calendaires (inclus le délai de rétractation de 14 jours en cas de contrat conclu à distance ou de démarchage) pour renoncer à l'adhésion sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir soit à compter du jour où l'adhérent est informé que l'adhésion a pris effet, soit à compter de la réception des informations précontractuelles (si cette date est postérieure).

Le droit aux prestations est ouvert à la date d'effet de l'adhésion, sous réserve des délais de stage.

Le contrat est conclu pour une durée d'un an, du 1er janvier au 31 décembre. Si l'adhésion intervient en cours d'année, le contrat dure jusqu'au 31 décembre de l'année d'adhésion. Le contrat se renouvelle tacitement d'année en année au 1er janvier, sauf résiliation par l'une des parties dans les conditions légales et réglementaires.

La garantie de l'adhérent et de ses ayants droit prend fin à la date de résiliation.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à la date d'échéance principale du contrat (31 décembre) en adressant à la mutuelle une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique au moins deux mois avant cette date,
- en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis (article L221-17 du code de la mutualité),
- après expiration d'un délai d'un an à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion, à tout moment sans frais ni pénalités.

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Mutuelle Complémentaire de la Ville de Paris, de l'Assistance Publique et des Administrations Annexes, Régie par le Code la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II.
SIREN 784 227 894 - siège social : 52 rue de Sévigné—75003 PARIS

Produit : MODULE PLUS

Ce document d'information présente un résumé des principales dispositions contractuelles (en ce incluses les garanties et exclusions). Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation contractuelle (règlement mutualiste et ses annexes). En particulier, les niveaux de remboursement des frais médicaux sont détaillés dans le tableau des garanties MODULE PLUS.

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

Le produit **MODULE PLUS** est une assurance complémentaire santé destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge du membre participant et de ses ayants droit assurés dans le cadre du contrat, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément des remboursements effectués par la Sécurité Sociale Française (AMO, Assurance Maladie Obligatoire). Les garanties respectent les conditions légales d'un contrat solidaire et responsable.



Qu'est ce qui est assuré ?

Les montants des prestations de l'assurance complémentaire santé sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ces plafonds peuvent être moins élevés que les dépenses engagées et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux, actes techniques médicaux, honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoires,
- ✓ **Pharmacie** : médicaments remboursés par l'AMO à 65%, 30% et 15%,
- ✓ **Matériel et appareils médicaux** pris en charge par l'AMO.
- ✓ **Hospitalisation et maternité** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport, frais d'accompagnant, chambre particulière.
- ✓ **Frais d'optique** : Equipements optiques (monture et verres) de classe A (100% Santé) et B (prix libres), lentilles de contact, chirurgie réfractive de l'œil.
- ✓ **Frais dentaires** : Soins dentaires, prothèses dentaires fixes 100 % santé, prothèses dentaires fixes Reste à Charge modéré, prothèses dentaires fixes et amovibles prix libres ; orthodontie ; actes dentaires non pris en charges par l'AMO : implantologie, parodontie.
- ✓ **Aides auditives** : équipements de classe 1 et 2.
- ✓ **Prévention** : bilan nutritionnel ou médecine du sport ; substituts nicotiniques ; ostéodensitométrie ; traitement anti-paludéen ; vaccins et rappels ; contraceptifs non pris en charge par l'AMO.
- ✓ **Cures thermales** : soins thermaux ; frais d'hébergement et de transport pris en charge par l'AMO.
- ✓ **Bien-être** : ostéopathie, chiropractie, podologie...
- ✓ **Allocations** : naissance, mariage, participation aux frais d'obsèques.
- ✓ **Allocations journalières** : complément de revenus en cas d'arrêt maladie (selon catégorie d'adhérent et niveau de garanties).

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Assurance extra-scolaire, convention passée avec la société SwissLife Assurances.

Garantie obsèques, rapatriement de corps, convention passée avec les compagnies ACS et Mondial Assistance.

Garantie dépendance, convention passée avec la CNP.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Télétransmission avec la sécurité sociale.
- ✓ Conseil social, assuré par la MCVPAP.
- ✓ Informations juridiques, assurées par la MCVPAP.
- ✓ Site web d'informations et espace adhérent (suivi remboursements...)
- ✓ Adhésion à la Mutuelle Complémentaire des Activités Sociales (MCAS)

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Assistance vie quotidienne (aide à domicile en cas d'hospitalisation, garde d'enfants malades...). Contrat souscrit auprès de la société Mondial Assistance.
- ✓ Assurance scolaire enfants de 2 à 20 ans. Contrat souscrit auprès de la société SwissLife assurances.

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 contractuelle.
- ✗ Les soins non pris en charge par l'AMO (à l'exception des soins dûment précisés comme garantis dans le tableau de garanties).
- ✗ 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 l'AMO.
- ✗ 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).



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises de 0,50 € sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et de 2 € sur les transports sanitaires.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins coordonné.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM / OPTAM-CO).

PRINCIPALES RESTRICTIONS

! Certaines prestations font l'objet d'une restriction forfaitaire en terme de montant et/ou de durée (consultez le tableau des garanties) notamment :

- **Chambre particulière** : remboursement limité à 30 jours par an.
- **Optique** : prise en charge limitée à un équipement tous les deux ans, réduite à un an pour les verres, pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Prise en charge de la monture limitée à 100 €.
- **Chirurgie réfractive de l'œil** : forfait annuel par œil.
- **Dentaire** : participation mutuelle annuelle limitée à 1 000 € du 1^{er} au 12^e mois d'adhésion, 1 700 € du 13^e au 24^e mois d'adhésion, 2 700 € à partir du 25^e mois pour les prothèses (hors prothèses 100 % santé) et implants.
- **Aides auditives** : Renouvellement/appareil tous les 4 ans.

! **Allocations journalières** : limitées à 365 jours sur une période de 3 ans, hormis pour les membres participants agents ville de Paris bénéficiaires de l'APS et dont l'indice brut de rémunération est = ou < à 388 pour qui les allocations journalières sont versées durant 9 mois pour les maladies ordinaires, 2 ans pour les longues maladies, 3 ans pour les maladies de longue durée.

! **DÉLAIS DE STAGE** : périodes à compter de la date d'adhésion à la Mutuelle pendant laquelle la garantie de la Mutuelle n'est pas due (pour certaines catégories de personnes énumérées au règlement mutualiste, tout ou partie des délais de stage ne sont toutefois pas applicables) :

- **3 mois** : allocations forfaitaires sur prothèses dentaires (hors 100% santé), orthodontie, parodontie, optique (hors 100% santé), cures thermales, prothèses et appareillages, chambre particulière, accompagnement hospitalisation enfant, allocation mariage, naissance ou adoption,
- **9 mois** : chirurgie réfractive de l'œil, allocations journalières.

Les délais de stage ne sont pas applicables aux paniers de soins «100% Santé» Reste à Charge Zéro en optique, dentaire et aides auditives.



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 du remboursement par le régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Pour la souscription du contrat, vous devez, sous peine de nullité du contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle :

- Remplir avec exactitude et signer le bulletin d'adhésion fourni par la mutuelle.
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par la mutuelle.

En cours de contrat, vous devez :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat,
- Faire parvenir la demande de remboursement à la mutuelle dans un délai maximum de deux ans suivant la date des soins.
- Régler la cotisation indiquée au contrat.
- Informer la mutuelle des évènements suivants dès que vous en avez connaissance :
 - Tout changement dans la situation personnelle, et/ou familiale, et/ou administrative, et/ou professionnelle.
 - Certains changements peuvent, dans certains cas, entraîner une modification contractuelle (notamment de la cotisation).



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont mensuelles, appelées à terme échu, selon l'avis d'échéance annuel adressé à l'adhérent.

Les paiements peuvent être effectués par précompte, prélèvement bancaire ou Titre Interbancaire de Paiement (TIP), au choix de l'adhérent.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet de l'adhésion est le premier jour du mois suivant le jour de réception par la Mutuelle du bulletin d'adhésion signé, accompagné des pièces justificatives demandées. L'adhérent dispose d'un délai de 30 jours calendaires (inclus le délai de rétractation de 14 jours en cas de contrat conclu à distance ou de démarchage) pour renoncer à l'adhésion sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir soit à compter du jour où l'adhérent est informé que l'adhésion a pris effet, soit à compter de la réception des informations précontractuelles (si cette date est postérieure).

Le droit aux prestations est ouvert à la date d'effet de l'adhésion, sous réserve des délais de stage.

Le contrat est conclu pour une durée d'un an, du 1er janvier au 31 décembre. Si l'adhésion intervient en cours d'année, le contrat dure jusqu'au 31 décembre de l'année d'adhésion. Le contrat se renouvelle tacitement d'année en année au 1er janvier, sauf résiliation par l'une des parties dans les conditions légales et réglementaires.

La garantie de l'adhérent et de ses ayants droit prend fin à la date de résiliation.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à la date d'échéance principale du contrat (31 décembre) en adressant à la mutuelle une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique au moins deux mois avant cette date,
- en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis (article L221-17 du code de la mutualité).
- après expiration d'un délai d'un an à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion, à tout moment sans frais ni pénalités.