

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 « Plurima Mutuelle » est une complémentaire santé responsable qui permet le remboursement des dépenses de santé suite à une maladie ou à un accident. Il propose une couverture santé modulable en offrant la possibilité à l'adhérent de choisir les niveaux de remboursements qu'il souhaite et qui sont proposés pour les différents niveaux de garanties (ESSENTIEL, ESSENTIEL +, CONFORT, CONFORT +, SÉRÉNITÉ et SÉRÉNITÉ +). Tous les modules doivent être souscrits.



Qu'est-ce qui est assuré ?

- ✓ **HOSPITALISATION ET FRAIS DE SÉJOUR :**
 - Hospitalisation : forfait journalier hospitalier, honoraires, frais de séjour et autres frais.
 - Maternité : examen d'amniocentèse.
 - Prime de naissance.
 - Garantie Individuelle Décès Accident.
 - Participation forfaitaire aux frais funéraires.
 - Perte d'autonomie : dépendance totale.
 - Participation forfaitaire aux frais funéraires.
 - Protection Juridique : assistance téléphonique, gestion amiable de litiges, prise en charge des frais de procédure judiciaire.
 - Second avis médical / Téléconsultation / Service Tchat / Garantie Assurances
 - Visible Patient.
 - Coups durs : perte d'emploi, arrêt de travail, hospitalisation, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.
 - Club avantages.
- ✓ **SOINS MÉDICAUX DU QUOTIDIEN :**
 - Soins courants : honoraires paramédicaux et médicaux, analyses et examens de laboratoires, médicaments, matériel médical, transport.
 - Aides auditives.
 - Cure thermale.
- ✓ **OPTIQUE ET DENTAIRE :**
 - Dentaire : soins, prothèses, implantologie et parodontologie, orthodontie.
 - Optique : lunettes (monture et verres), lentilles de contact, forfait chirurgie de l'œil, laser, kératomie.
- ✓ **PRÉVENTION ET BIEN-ÊTRE**
 - Vaccins, contraceptifs, pédicure, podologue, analyses, dépistage, ostéopathie, acupuncture, huiles essentielles etc.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

X Les actes, produits et matériels médicaux ou chirurgicaux non mentionnés dans le tableau de garanties pour le niveau de garantie choisi ne peuvent donner lieu à aucune participation de la Mutuelle.



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

EXCLUSIONS

Ne donnent pas lieu à indemnisation :

- ! Les frais et/ou hospitalisation engendrés par des soins commencés ou prescrits avant l'adhésion.
- ! Les frais de séjours : les actes et/ou interventions non pris en charge par les organismes de base obligatoire.
- ! Les frais engendrés par une hospitalisation codifiée en moyen séjour.
- ! Les frais engendrés par une hospitalisation codifiée en long séjour.



Où suis-je couvert ?

- ✓ Les assurés sont couverts en France métropolitaine, en Corse, ainsi que dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), pour autant qu'ils soient affiliés auprès d'un régime de base français obligatoire en tant qu'assuré social ou ayant droit.
- ✓ La garantie du contrat s'étend aux maladies et accidents survenus à l'étranger, si les soins ont été prodigués au cours d'un séjour temporaire de moins de 3 mois en dehors du territoire susmentionné et s'ils ont fait l'objet d'une prise en charge par un régime obligatoire de Sécurité Sociale français, ou par un régime obligatoire relevant de la Carte européenne dans la zone UE, Espace Économique Européen ou en Suisse.



Quelles sont mes obligations ?

À l'adhésion

L'adhérent doit répondre sous forme de déclarations à une demande d'informations concernant la situation personnelle des personnes à assurer. Ces déclarations seront reprises sur le certificat d'adhésion et serviront de base à l'établissement de l'adhésion. En cas de réticence, fausse déclaration intentionnelle ou déclaration inexacte, il sera fait application des sanctions prévues par le Code de la Mutualité.

En cours d'adhésion

L'assuré doit déclarer au plus tard dans les 15 jours à la Mutuelle :

- Toute modification des éléments spécifiés au certificat d'adhésion.
- Les changements ou cessations d'affiliation d'un des assurés à un régime de base obligatoire.
- Les changements de domicile ou la fixation du domicile en dehors de la France métropolitaine.
- Pour tout nouvel assuré, il devra être procédé aux mêmes déclarations que celles prévues dans le cadre de la première adhésion.



Quand et comment effectuer le paiement des cotisations ?

La cotisation est annuelle et payable d'avance à la Mutuelle. Les modalités convenues pour le paiement de la cotisation (périodicité et modes de règlement) sont mentionnées sur le certificat d'adhésion.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion prend effet, à l'égard de l'ensemble des assurés, à la date mentionnée sur le certificat d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite au 1^{er} janvier de chaque année, par tacite reconduction, sauf en cas de résiliation du contrat par l'adhérent.



Comment puis-je résilier mon contrat ?

L'adhérent peut mettre fin à son adhésion chaque année au 31 décembre, moyennant le respect d'un préavis de deux (2) mois, et à tout moment après l'expiration d'un délai d'un (1) an à compter de la souscription, sans frais ni pénalités.