

Modulo C

Document d'information sur le produit d'assurance

Le contrat collectif « Modulo C » est assuré soit par la mutuelle Mutest, soit par la mutuelle MMC. La mutuelle assureur apparaît au certificat d'adhésion. La gestion des garanties d'assurances est confiée dans des termes et conditions identiques par la mutuelle assureur à PRAECONIS, filiale des mutuelles Mutest et MMC.

Solution Santé



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 contrat « Modulo C » est un contrat collectif à adhésion obligatoire souscrit par une entreprise pour ses salariés. Il a pour objet d'assurer à ces derniers et le cas échéant, à leurs ayants droit, le versement de prestations santé complémentaires aux régimes de base de la Sécurité sociale, dans la limite des frais réellement engagés. Le contrat répond aux critères du contrat « responsable » conformément à la réglementation en vigueur.



Qu'est ce qui est assuré ?

✓ **Module 1 :**

- Soins courants et honoraires (honoraires médicaux et paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, médicaments, matériel médical, transport).

- Aides auditives.

- Cure thermale.

✓ **Module 2 :**

Optique : monture, verres, bonus optique, lentilles de contact, chirurgie de l'œil.

✓ **Module 3 :**

Dentaire : soins, prothèses, implantologie et parodontologie, orthodontie.

✓ **Module 4 :**

Hospitalisation : forfait journalier hospitalier, honoraires, séjour et autres frais.

✓ **Module 5 :**

Bien-être et prévention.

✓ **Module 6 :**

Indemnités forfaitaires : prime de naissance ou d'adoption, abonnement à un club sportif ou à une salle de sport, autonomie santé (dépendance totale), garantie obsèques.

✓ **Autres prestations :**

Assistance, téléconsultation médicale, second avis médical, Club Avantages, soins à l'étranger

Plusieurs niveaux de remboursements sont proposés pour chaque module. Certains niveaux de remboursements sont dits « non responsables » ; ils sont ouverts à la souscription individuelle et facultative par le salarié uniquement (garantie surcomplémentaire).



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

X La Mutuelle n'intervient pas pour les événements dont la date de réalisation est antérieure à la date d'ouverture des droits ni postérieure à la date d'effet de la démission, ou décision de radiation.

X Les dépassements d'honoraires relatifs à ces risques ne sont jamais pris en charge : mutilation volontaire, duel, tentative de suicide, participation directe et effective à une émeute ou un soulèvement populaire, guerre civile ou étrangère, cataclysme ayant le caractère de catastrophe naturelle, des effets directs ou indirects d'explosions de dégagement de chaleur, d'irradiations provenant de transmutation de noyaux d'atomes ou de la radioactivité ainsi que les radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules.



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

Sont exclus :

! les frais liés au placement dans un établissement de long séjour pour personnes âgées

! les frais liés au placement en maisons d'accueil spécialisées ainsi que ceux liés au placement en institutions sociales et médico-sociales

! Le remboursement de la chambre particulière dans le cadre des séjours (hospitalisations, cures, postcures) en service de psychiatrie.

! La chirurgie esthétique, sauf si l'intervention est consécutive à un accident et en cas de participation du régime d'assurance maladie obligatoire.

! La prise en charge de la participation forfaitaire et des franchises médicales prévues au Code de la Sécurité Sociale

! La majoration de participation de l'assuré en cas de non-respect du parcours de soins, de refus d'accès ou modification du dossier médical personnel.

! La fraction de dépassement d'honoraires « autorisée » prévue au Code de la Sécurité Sociale, interdite de remboursement aux complémentaires santé, franchise applicable dès le premier euro.

D'autres exclusions sont prévues au contrat (se reporter aux conditions générales et à la notice d'information).



Où suis-je couvert ?

- ✓ Les garanties sont acquises en France métropolitaine.
- ✓ La Mutuelle intervient sur présentation des justificatifs pour les soins dispensés à l'étranger lors d'un séjour temporaire dans un autre Etat ne dépassant pas trois (3) mois, et ayant fait l'objet d'une participation du régime obligatoire d'assurance maladie.
 - Pour les soins ambulatoires : versement d'une prestation égale à celle servie par l'organisme de Sécurité sociale, dans la limite des frais engagés.
 - Hospitalisation : participation de la Mutuelle dans la limite des dépenses engagées et restant à la charge du membre participant et des bénéficiaires sur la base d'un montant forfaitaire, à savoir :
 - Un forfait de 150 € par journée d'hospitalisation pour les frais de séjour.
 - Un forfait de 30 € par journée d'hospitalisation pour les honoraires médicaux.



Quelles sont mes obligations ?

Obligations de l'entreprise souscriptrice :

- Elle s'engage à informer la Mutuelle de la modification de situation ou de l'entrée de toute personne dans la catégorie du personnel « bénéficiaire », dans le délai d'un mois à partir de la date de l'évènement.
- Elle se doit d'informer la Mutuelle de sa mise en redressement ou liquidation judiciaire dans un délai de quinze jours.

Obligations du salarié ou de l'ancien salarié :

- La Mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle administratif toute personne qui formule une demande d'adhésion, et à un contrôle médical et/ou administratif toute personne qui formule une demande de prestations ou bénéficie de prestations au titre du présent contrat.
- Il est tenu de déclarer à la Mutuelle tout changement de domicile, de situation matrimoniale, de situation professionnelle, de départ en retraite ou cessation définitive d'activité professionnelle, de statut, toute modification du régime d'assurance maladie légalement obligatoire de ses ayants droit, ainsi que tout accident causé par un tiers et dont lui-même ou ses ayants droit seraient victimes.



Quand et comment effectuer le paiement des cotisations ?

L'entreprise souscriptrice s'engage au paiement d'une cotisation annuelle affectée à la couverture des prestations assurées par la Mutuelle et aux frais de fonctionnement. La cotisation est payée de manière fractionnée mensuellement à terme échu le dernier jour de la période concernée. Les appels de cotisations sont établis par la Mutuelle en début de mois, et adressés à l'entreprise souscriptrice.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Pour l'entreprise souscriptrice : le contrat collectif prend effet à la date prévue aux conditions particulières. Il arrive à échéance le 31 décembre de chaque année et se renouvelle par tacite reconduction au 1er janvier pour une durée d'un an. Le contrat collectif cesse à la date d'effet de la résiliation demandée par l'entreprise souscriptrice ou la Mutuelle.

Pour le salarié ou ancien salarié : la couverture obligatoire du salarié prend effet à compter de sa date d'affiliation au contrat. La couverture du salarié ou de l'ancien salarié cesse à la date d'effet de la résiliation du contrat par l'entreprise souscriptrice ou par la Mutuelle ; le dernier jour du mois de la rupture du contrat de travail ; à la fin de toute période durant laquelle l'employeur est tenu de maintenir le bénéfice des garanties au titre de la portabilité des droits ; le dernier jour du mois où le salarié cesse d'appartenir à la catégorie de personnel « bénéficiaire ».



Comment puis-je résilier mon contrat ?

Résiliation à l'initiative de l'entreprise souscriptrice :

- Résiliation à l'échéance annuelle : le contrat collectif peut être résilié à chaque échéance annuelle (31 décembre) en envoyant une lettre recommandée avec accusé de réception avant le 31 octobre de l'année.
- Résiliation infra-annuelle : le contrat collectif peut être résilié après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités.