

# Assurance Complémentaire Santé

## Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : MAPA et Mutuelle d'Assurance de la Boulangerie – Sociétés d'assurance Mutuelles régies par le Code des Assurances  
N°SIREN : MAPA 775565088 / Mutuelle d'Assurance de la Boulangerie 784647273

Produit : **COMPLÉMENTAIRE SANTÉ INDIVIDUELLE - VITALITÉ**

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 pré-contractuelle et contractuelle.

### 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 de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.

✓ *Garanties systématiquement prévues au contrat.*



#### 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 systématiquement prévues :

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : honoraires (sauf formule 1), frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport, chambre particulière, lit accompagnant pour enfant de moins de 16 ans,
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : consultations et visites de médecins, examens médicaux, auxiliaires médicaux, pharmacie (remboursés à 65% et 30% par la Sécurité sociale),
- ✓ **Frais optiques** : lunettes (monture et verres), lentilles de contact, chirurgie réfractive,
- ✓ **Frais dentaires** : soins et prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie,
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : audioprothèses, prothèses et orthèses.

#### Les garanties optionnelles :

- . Le module Bien-être (jusqu'à 59 ans) : médecines alternatives, automédication, cures thermales, actes de prévention et maternité,
- . Le module confort (à partir de 60 ans) : médecines alternatives, automédication, cures thermales, lit accompagnant en cas d'hospitalisation, actes de prévention et supplément audioprothèses/optique/ dentaire,
- . Les médicaments à 15% sur les formules 1 et 2,
- . Le rapatriement sanitaire en cas de maladie ou accident à l'étranger.

#### Les services systématiquement prévus :

- ✓ Un réseau de soins (tiers payant sur la part complémentaire et réduction tarifaire chez les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes, partenaires, autres réseaux de professionnels partenaires),
- ✓ Un service d'analyse de devis,
- ✓ Un service de téléconsultations,
- ✓ Un site Web d'orientation dans le système de soins et autres
- ✓ Un services (conseils automédication, palmarès des hôpitaux...),
- ✓ Une application coaching santé (prévention),
- ✓ Des services en ligne dans votre Espace personnel (accès aux décomptes notamment).

#### L'assistance systématiquement prévue :

- ✓ Une aide-ménagère en cas d'hospitalisation et d' autres services à domicile.



#### Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat,
- ✗ Lorsqu'ils ne sont pas mentionnés expressément, les frais de santé non pris en charge par la Sécurité sociale française,
- ✗ 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 ?

#### Les 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 pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

#### Principales restrictions:

- ! Des délais d'attente de 3 mois sur la souscription des modules Bien-être (sauf maternité) et Confort,
- ! Optique : prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue,
- ! Dentaire : prise en charge limitée par an,
- ! Médecines alternatives : prise en charge limitée par an et par bénéficiaire,
- ! Chambre particulière limitée, par année civile, à 60 jours pour les séjours en maisons de repos ou de convalescence, à 90 jours pour les séjours en service psychiatrique et à 180 jours pour les séjours en service de rééducation ou de réadaptation fonctionnelle,
- ! Automédication : prise en charge limitée par an et par bénéficiaire.



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



## Quelles sont mes obligations ?



## Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à la date d'échéance principale du contrat, par lettre recommandée 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,
- en cas de révision des cotisations, par lettre recommandée dans les 15 jours qui suivent la date de notification de la modification,
- en cas de modification du contrat suite à une évolution réglementaire, dans le délai de 30 jours à compter de la proposition de modification du contrat par l'assureur,
- dans les 20 jours suivant la date d'envoi de l'avis d'échéance.

Sécurité sociale,

- Informer l'assureur des événements suivants, par lettre recommandée, dans les quinze jours qui suivent la connaissance qu'il a de l'un de ces événements.
  - . changements de situation et 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,
  - . changement de profession : dans ce cas, l'assuré doit fournir à l'assureur les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.



## Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée dans le contrat.

Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Semestriel, Trimestriel, Mensuel).

Les paiements peuvent être effectués par carte bancaire, prélèvement automatique ou chèque.



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée aux conditions particulières.

En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir 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 d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.