

MUTUELLE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le contrat collectif obligatoire n° 21.62

Mutuelle Keolis Rennes

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité.

Inscrite au répertoire national des Mutuelles sous le N° 444270 730.



Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. L'information complète se trouve dans les statuts, règlement intérieur et notice d'information proposés par la Mutuelle Kéolis Rennes. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

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

Le contrat collectif est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent et des éventuels ayants-droit 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. Il est établi sur la base de l'accord social signé au sein de l'entreprise Kéolis Rennes le 1er Juillet 2016.



QU'EST-CE QUI EST ASSURÉ ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds figurent dans le tableau de garanties. Dans tous les cas, les remboursements ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées et **une somme peut éventuellement rester à votre charge.**

Les garanties systématiquement prévues

- **Hospitalisation et maternité** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport
- **Soins courants et prescriptions médicales** : consultations généralistes et spécialistes, auxiliaires médicaux, radiologie et analyses médicales, médicaments à service médical rendu (SMR) important et modéré
- **Frais optiques** : lunettes (monture et verres), lentilles
- **Frais dentaires** : soins dentaires, inlay-onlay, prothèses dentaires (couronnes, bridges, inlay-core)
- **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : prothèses auditives, prothèses externes (mammaires, capillaires, oculaires), autres prothèses et appareillages remboursés par la Sécurité sociale
- **Ostéodensitométrie** avec ou sans remboursement de la sécurité sociale
- **Médecine douce**

Les services systématiquement prévus

- **Le tiers payant** pour éviter de faire l'avance de frais chez la plupart des professionnels de santé
- **Réseau d'opticiens** : tarifs négociés chez les opticiens partenaires

L'assistance systématiquement prévue :

- En cas d'hospitalisation (services d'aide à domicile)
- Accompagnement psycho-social (oncologie)
- En cas d'immobilisation (services d'aide à domicile)
- En cas d'obsèques (décès en France)
- Accompagnement des situations de handicap
- Accompagnement de la parentalité



QU'EST-CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

- Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- L'hébergement lié aux cures thermales
- Les frais d'hôtellerie liés aux cures thermales
- La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale
- Le forfait journalier hospitalier et la chambre particulière facturés par 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 réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée

Les principales restrictions

- **Chambre particulière** : la prise en charge est limitée à 45 jours par an en convalescence, rééducation, psychiatrie et établissements médico-sociaux
- **Médicaments** : les médicaments à service médical rendu faible ne sont pas pris en charge
- **Optique** : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue
- **Audioprothèses** : un renouvellement tous les 4 ans
- **Dentaire** : un implant par an par adhérent
- **Médecine douce** : 150 € par an et par adhérent



OU SUIS-JE COUVERTE(E) ?

- 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 ?

- Sous peine de suspension des garanties
 - À la souscription du contrat :
 - Remplir avec exactitude les informations indiquées sur le bulletin d'adhésion,
 - Fournir tous documents justificatifs demandés,
 - Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.
 - En cours de contrat :
 - Payer les cotisations,
 - Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat,
 - Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale,
- Informer la mutuelle des évènements suivants :
 - Changements de situation : changement d'adresse, modification de votre composition familiale (naissance, concubinage, PACS, mariage, divorce, décès),
 - Changement de régime obligatoire d'assurance maladie et maternité,
 - Changement de profession : perte d'emploi, départ à la retraite.



QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

- Les cotisations sont annuelles. Elles peuvent être réglées en plusieurs fractions sans frais supplémentaires selon les modalités prévues au contrat.
- Les cotisations sont soit prélevées sur le salaire (pour les salariés et leurs ayants droit) soit prélevées sur un compte



QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

- Elle commence à la date d'embauche pour les salariés et à la date du dépôt du bulletin de souscription pour les ayants droit
- La couverture s'arrête au moment de la fin du contrat de travail



COMMENT PUIS-JE RESILIER LE CONTRAT

- Au moment de la fin du contrat de travail, en communiquant le certificat de fin de travail
- En cas de contrat collectif familial, en faisant la demande à la mutuelle sur présentation de pièces justificatives

Pour les ayants droit :

- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle, en vous adressant à la mutuelle
- En cas de révision des cotisations, en nous adressant une lettre recommandée dans les 20 jours qui suivent la date de notification de la modification