

Gamme Modulaire EXTENTIA PLUS

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 et sur les conditions d'adhésion dans le règlement mutualiste de la gamme et dans les statuts de la CNM PREVOYANCE SANTE. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

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

Le produit d'Assurance Surcomplémentaire 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 et d'un premier contrat complémentaire santé responsable.

Les différentes formules de la gamme Extentia Plus ne respectent pas les conditions légales des contrats responsables.



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

- ✓ **Consultations, visites généralistes et spécialistes** conventionnés ou non conventionnés.
- ✓ **Actes de chirurgie et de spécialité réalisés en cabinet** conventionnés ou non conventionnés.
- ✓ **Radiologie, échographie, imagerie** conventionnés ou non conventionnés.
- ✓ **Hospitalisation** : Honoraires médecins conventionnés ou non conventionnés.
- ✓ **Dentaire** : prothèses dentaires, orthodontie acceptée, Implantologie, parodontologie, orthodontie non remboursée et prothèses nomenclaturées non remboursées.
- ✓ **Optique** : Lunettes (monture et verres), lentilles correctrices remboursées ou non, chirurgie correctrice non remboursée par le RO.
- ✓ **Audioprothèses et grands appareillages.**

Les garanties Optionnelles

- ✓ Pharmacie à service médical rendu faible (remboursée à 15% par le RO).
- ✓ Automédication et pharmacie prescrite non remboursée.
- ✓ Médecines alternatives et complémentaires.
- ✓ Participation financière à l'adhésion à un club de sport et visite annuelle du sport non remboursée par le RO.
- ✓ Actes de Prévention non pris en charge par le RO : vaccins internationaux, contraceptifs non remboursables, sevrage tabagique, auto test de dépistage du VIH, ostéodensitométrie.
- ✓ Cures thermales acceptées par le RO.
- ✓ Chambre particulière en secteur conventionné ou non conventionné.
- ✓ Frais d'accompagnant d'une personne hospitalisée.
- ✓ Petits appareillages.

Les services systématiquement prévus

- ✓ Demande de prise en charge des dépenses dentaires, d'optique, d'audioprothèses et d'hospitalisation.
- ✓ Espace personnel de suivi des remboursements sur le site www.cnmsante.fr et sur "Mon appli CNM Prévoyance Santé" disponible sur Android et IOS.
- ✓ Bonus fidélité : amélioration de certains remboursements après 24 mois passés dans la garantie.

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 du contrat.
- ✗ Les indemnités versées en complément du RO en cas d'arrêt de travail.
- ✗ 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 médicaments et actes non pris en charge par le RO à l'exception de ceux précisés au tableau de garantie.
- ✗ La chirurgie esthétique et les cures d'amaigrissement non prises en charge par le RO.
- ✗ Les soins effectués à l'étranger s'ils ne font pas l'objet d'une prise en charge par votre caisse de RO ou par le régime de sécurité sociale du pays de séjour lorsque les frais ont été engagés dans un pays membre de l'UE/EEE ou en Suisse.
- ✗ Les actes hors nomenclature à l'exception de ceux précisés au tableau de garanties.



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

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.

Principales Restrictions

- ! Les personnes n'étant pas assurées par un contrat complémentaire santé responsable ne peuvent pas adhérer ou maintenir leur adhésion aux garanties.
- ! Les personnes ayant souscrit puis résilié un contrat Extentia Plus depuis moins de 24 mois ne peuvent pas adhérer aux garanties.
- ! Les adhérents souhaitant faire évoluer leurs garanties au sein de la gamme Extentia Plus ne peuvent le faire qu'à l'issue d'un délai de 24 mois passé dans leur garantie actuelle.
- ! Age limite d'adhésion aux garanties fixé à 84 ans.
- ! Le droit à la prestation est soumis à un délai d'attente de 2 mois commençant à courir à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion.
- ! Médecines alternatives et complémentaires : remboursement limité à 25€ par séance.



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 ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

- Etre couvert par un contrat complémentaire santé responsable.
- Compléter et signer avec exactitude l'Etude Personnalisée valant note d'information et de conseil fournie par la CNM Prévoyance Santé.
- Remplir avec exactitude le Bulletin Individuel d'Adhésion fourni par la CNM Prévoyance Santé.
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la CNM Prévoyance Santé.
- Régler la cotisation indiquée sur le bulletin d'adhésion ou l'avis d'échéance annuel.

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues sur le bulletin d'adhésion.
- Faire parvenir les demandes de remboursement à la CNM Prévoyance Santé dans un délai maximum de 2 ans à compter de l'acte.
- Informer la CNM Prévoyance Santé de tout changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité.
- Maintenir tout au long du contrat une couverture par un contrat complémentaire santé responsable.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion.

Un paiement fractionné peut toutefois être accordé sans surcoût d'une périodicité au choix (Semestrielle, Trimestrielle, Mensuelle).

Les paiements doivent être dans ce cas effectués par prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- L'adhésion prend effet sous réserve de son acceptation par CNM Prévoyance Santé, à compter du premier jour du mois suivant la réception du dossier complet d'adhésion.
- Les adhérents peuvent renoncer à leur adhésion dans les 30 jours suivant leur adhésion à condition de ne pas avoir sollicité de prestations de la CNM Prévoyance Santé.
- L'adhésion, quelle que soit la date à laquelle elle a été souscrite, prend fin le 31 décembre de la même année et se renouvelle, automatiquement par tacite reconduction pour des périodes d'un an du 1er janvier au 31 décembre de chaque année.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- au moins deux mois avant le 31 décembre. La résiliation prend effet le 31 décembre à minuit.
- à tout moment après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription. La résiliation prend effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification.
- dans les trois mois suivant une modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garanties. La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.
- en cas de révision des cotisations ou modification du contrat suite à une évolution réglementaire en nous adressant une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique dans les 20 jours qui suivent la date de notification de la modification.

Modalités de renonciation ou de résiliation du contrat :

- par lettre ou tout autre support durable adressée au siège social de la mutuelle.
- par déclaration faite au siège social de la mutuelle.
- par acte extrajudiciaire.
- lorsque l'adhésion au règlement est intervenue par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.