

Gamme Extentia Renfort

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 Renfort 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 choisie et de l'ancienneté dans la formule. Ils 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 chirurgicale** : dépassements d'honoraires facturés par le chirurgien et/ou l'anesthésiste pour des actes inscrits à la CCAM, pris en charge par le régime obligatoire et remboursés à minimum 100% de la Base de Remboursement pour le total régime obligatoire et régime complémentaire.
- ✓ **Dentaire** : prothèses dentaires fixes ou mobiles (couronne, inlay-core, inlay-core à clavette, appareil dentaire, bridge... inscrits dans la classification commune des actes médicaux - CCAM) remboursés ou non par le régime obligatoire mais remboursés à minimum 100% de la Base de Remboursement pour le total régime obligatoire et régime complémentaire.
- ✓ **Optique** : Equipement d'optique médicale (monture et verres) remboursés par le Régime Obligatoire et le régime complémentaire à minimum 100% de la Base de Remboursement ; lentilles de correction remboursées.
- ✓ **Aides auditives** : des prothèses auditives (analogiques, numériques, lunettes et boîtiers).
- ✓ **Grand appareillage** : podo orthèses, orthoprothèses, prothèses internes et implants ; fauteuil roulant, poussette, tricycle et chassis inscrits sur la liste des produits et prestations remboursable par l'Assurance Maladie (LPP), pris en charge par le régime obligatoire et le régime complémentaire pour un minimum de 100% de la base de remboursement.

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.
- ✓ Forfaits de remboursement progressifs, sans condition, au cours des trois premières années d'adhésion.

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 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 Renfort depuis moins de 24 mois ne peuvent pas adhérer aux garanties.
- ! Les personnes ayant souscrit les garanties Actiléa D ou E ou Actiléa Néo supérieures à 5555 ne peuvent pas adhérer aux garanties.
- ! Les adhérents souhaitant faire évoluer leurs garanties au sein de la gamme Extentia Renfort 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. Les hospitalisations résultant d'un accident ne font l'objet d'aucun délai d'attente.
- ! Les prestations sont exprimées en € par an. Ces prestations peuvent être versés en une ou plusieurs fois selon la nature de la dépense. Les prestations ne sont plus versées après l'atteinte des forfaits annuels prévus au tableau de garantie.



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.