

ASSURANCE COMPLEMENTAIRE SANTE

Document d'information sur le produit d'assurance

CNM PREVOYANCE SANTE - Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité immatriculée en France sous le n° SIREN 784 492 100



Gamme ACTILEA NEO

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 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.

Les différentes formules de la gamme Actiléo Néo respectent les conditions légales des contrats responsables. Elles intègrent à ce titre les évolutions de garanties liées à la réforme du 100% santé.



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

- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Honoraires médicaux et paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, actes d'imagerie, actes de chirurgie réalisés en cabinet et actes techniques médicaux.
- ✓ **Médicaments** à service médical rendu (SMR) élevé, modéré ou faible (remboursés à 65%, 30% ou 15% par le RO).
- ✓ **Hospitalisation et maternité** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, chambre particulière en secteur conventionné, franchise sur actes techniques médicaux lourds, transports.
- ✓ **Actes de Prévention non pris en charge par le RO** : vaccins, contraceptifs, sevrage tabagique, autotests Covid-19, diabète, cholestérol, maladie de Lyme, IST, VIH, ostéodensitométrie, protections périodiques réutilisables.
- ✓ **Participation à la pratique d'une activité sportive ou de séances de sport sur ordonnance et visite annuelle du sport non remboursée par le RO.**
- ✓ **Dentaire**: implants dentaires et prothèses dentaires nomenclaturées non remboursées, parodontie et endodontie, orthodontie non remboursée.
- ✓ **Optique**: Lunettes (monture et verres), lentilles de contact et implants intraoculaires.
- ✓ **Aides auditives, Matériel médical.**
- ✓ **Cures thermales** acceptées par le RO.
- ✓ **Allocation en cas de naissance ou adoption.**

Les garanties Optionnelles

- ✓ Médecines alternatives et complémentaires.
- ✓ Automédication et pharmacie prescrite non remboursée.
- ✓ Accompagnement maternité et parentalité.
- ✓ Analyses, prélèvements et radios non remboursés.
- ✓ Chambre particulière en secteur non conventionné et frais d'accompagnement d'un enfant hospitalisé de moins de 16 ans.
- ✓ Dentaire : implants dentaires et prothèses dentaires nomenclaturées non remboursées, parodontie et endodontie, orthodontie non remboursée.
- ✓ Chirurgie correctrice de l'oeil non remboursée par le RO.

Les services systématiquement prévus

- ✓ Téléconsultation médicale 24h/24 7j/7.
- ✓ Télétransmission avec les centres de RO et Tiers Payant.
- ✓ Demande de prise en charge des dépenses dentaires, d'optique, d'audioprothèses et d'hospitalisation (hors chambre particulière).
- ✓ 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.**

L'assistance systématiquement prévue

- ✓ Services à domicile en cas d'immobilisation au domicile, d'hospitalisation, de traitement médical lourd ou de maternité.
- ✓ Nombreux services d'accompagnement pour les enfants immobilisés au domicile ou hospitalisés.
- ✓ Remboursement des frais TV en cas d'hospitalisation.
- ✓ Nombreux services d'accompagnement en cas de décès d'un bénéficiaire.

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.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Principales Restrictions

- ! Age limite d'adhésion aux garanties fixé à 75 ans.
- ! **Soins Courants** : limitation au ticket modérateur de la prise en charge des frais de soins courants après l'atteinte d'un plafond de remboursement annuel pour les niveaux 3 à 6.
- ! **Hospitalisation** : limitation au ticket modérateur et au forfait journalier de la prise en charge des frais d'hospitalisation après l'atteinte d'un plafond de remboursement annuel. Limitation au ticket modérateur de la prise en charge des frais d'hospitalisation pendant les 3 premiers mois suivant l'adhésion pour les adhérents aux niveaux 5 et 6.
- ! **Optique** : limitation de la prise en charge aux seuls ticket modérateur et dispositif d'optique médicale 100% santé pendant les 3 premiers mois suivant l'adhésion pour les niveaux 5 et 6 ; prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans, réduite à 1 an pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Dentaire** : pour les niveaux 2 à 6, après l'atteinte d'un plafond de remboursement annuel, limitation des remboursements aux soins et prothèses 100% santé et au ticket modérateur pour les autres dépenses. Limitation au ticket modérateur, aux soins et prothèses 100% santé de la prise en charge des frais dentaires pendant les 3 premiers mois suivant l'adhésion pour les niveaux 5 et 6. Prise en charge de l'orthodontie non remboursée limitée à 4 semestres, consécutifs ou non.
- ! **Aides auditives** : prise en charge limitée à un équipement tous les 4 ans par oreille.
- ! **Médecines alternatives** : remboursement limité à 60€ par séance.
- ! **Allocation naissance ou adoption** : versement limité aux enfants inscrits au contrat dans les 60 jours suivant leur naissance ou adoption. Le droit à la prestation est soumis à un délai d'attente de 3 mois commençant à courir à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion.

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 :

- Compléter et signer avec exactitude l'Etude Personnalisée valant note d'information et de conseil fournie par la CNM Prévoyance Santé.
- Remplir et signer 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.

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.