ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'Information sur le Produit d'Assurance

Organisme Assureur : **VIASANTÉ Mutuelle**

Mutuelle française soumise aux dispositions du livre II du code la mutualité

NUMÉRO DE SIREN : **777 927 120**

NOM DU PRODUIT : **PROTECVIA Indices 30 à 120**

VIASANTÉ mutuelle
GROUPE AG2R LA MONDIALE

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit et ne prend pas en compte les besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement sont détaillés dans le tableau de garanties.

Quel est le type d'assurance ?

Le produit de 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.

Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à charge de l'assuré. Pour les paniers concernés par le 100% santé, il n'y a pas de reste à charge.

LES GARANTIES

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

Ces garanties sont incluses pour les indices 30 à 120 :

- ✓ **Soins courants :** Honoraires médicaux : , consultations, visites médecins généralistes et spécialistes, actes de chirurgie et techniques, radiologie ; analyses et examens de laboratoire ; honoraires paramédicaux : auxiliaires médicaux, psychologues pris en charge par le RO ; télésurveillance médicale ; médicaments : pharmacie remboursée à 15%, 30% et 65% par la Sécurité sociale ; matériel médical : prothèses capillaires 100% santé classe II, fauteuils roulants location courte durée 100% santé, dispositifs médicaux et appareillage remboursés par la sécurité sociale (implique une inscription sur la liste des Produits et Prestations -LPP- hors prothèses auditives).
- ✓ **Hospitalisation :** Honoraires : soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie et d'anesthésie ; frais de séjour ; forfait journalier hospitalier ; forfait patient urgence.
- ✓ **Capital maladies graves :** Versement d'un capital, dans les conditions fixées au Règlement Mutualiste, en cas de diagnostic d'une Maladie Grave.
- ✓ **Transport**
- ✓ **Cures**
- ✓ **Optique :** Equipements 100% santé : montures et verres classe A ; autres équipements optique : montures et verres Classe B ; suppléments et prestations optique : adaptation de la correction visuelle, appairage, verres avec filtre et autres suppléments ; lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale.
- ✓ **Dentaire :** Soins et prothèses 100% santé ; prothèses : prothèses paniers tarifs maîtrisés et libres, soins : soins dentaires, inlay-onlay ; orthodontie remboursée.
- ✓ **Aides auditives :** Equipements 100% santé : classe I ; aides auditives à tarifs libres : classe II ; forfait entretien prothèses auditives.
- ✓ **Bien-être et prévention :** Actes de prévention remboursés par le RO.

LES GARANTIES SUPPLÉMENTAIRES EN FONCTION DE L'INDICE CHOISI

Les prestations ci-dessous seront incluses selon l'indice choisi :

Hospitalisation : La chambre particulière de plus de 24h, chambre particulière en ambulatoire, les frais d'accompagnant.
La médecine douce : Ostéopathe, acupuncteur, chiropracteur, étiopathe, biokinergie, kiné méthode Mézières, micro kinésithérapie, psychomotricien, sophrologue, homéopathe, pédicure-podologue.
Optique : Chirurgie réfractive.

Dentaire : Versement d'un forfait complémentaire actes non remboursés sur justificatif comprenant l'ensemble des actes non remboursés par le régime obligatoire, implantologie, parodontologie et orthodontie non remboursée.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Pack liberté : Automédication, Orthodontie remboursée ou non par le régime obligatoire, contraception non remboursée, sevrage tabagique, vaccins non remboursés, nutritionniste, diététicien.
Pack confort : Forfait dentaire, forfait optique, pédicure-podologue, ostéodensitométrie, forfait audioprothèse, cure thermale.
Assistance : Aide pratique en cas d'hospitalisation de plus de 24h ou d'affection longue durée.

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Le tiers payant
- ✓ Le second avis médical
- ✓ Réseau de soins
- ✓ L'espace adhérent
- ✓ La téléconsultation

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.

Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

Ne sont pas pris en charge :

- ✗ **Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.**
- ✗ **Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.**
- ✗ **Les frais de santé non pris en charge par la Sécurité sociale à l'exception des prestations définies expressément dans le tableau des garanties.**
- ✗ **Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués en unités de long séjour, en maisons de retraite, en EHPAD ou dans les établissements médico-sociaux.**

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

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! **Participation forfaitaire** sur les consultations, actes médicaux, examens radiologiques et analyses de biologie médicale.
- ! **Franchise médicale :** somme déduite des remboursements effectués par la caisse d'assurance maladie sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.
- ! **La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont engagées en dehors du parcours de soins.**
- ! Garantie non éligible aux exonérations dites « Loi Madelin ».
- ! **Les produits achetés sur internet ne sont pas pris en charge sauf :** les médicaments achetés via le site d'une pharmacie d'officine référencé par l'Ordre national des pharmaciens et les produits optiques relevant du monopole de vente des opticiens-lunetiers achetés via un site internet français.
- ! **Les produits non remboursés par la Sécurité sociale achetés à l'étranger.**

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Chambre particulière :** Remboursement limité à 90 jours par an en médecine, chirurgie, obstétrique et soins médicaux et de réadaptation, et à 45 jours par an en psychiatrie.
- ! **Chambre particulière ambulatoire** :* 10 jours par an.
- ! **Frais d'accompagnant**:* Prise en charge, dans un rayon de 10km autour de l'établissement, des frais d'hébergement et des frais facturés par un établissement de restauration (l'alcool n'étant pas éligible). Limités à 45 jours par an pour un adulte et 90 jours par an pour un enfant de moins de 16 ans.
- ! **Optique :** Prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Pour les enfants de moins de 6 ans, le renouvellement est possible dans certains cas au bout de 6 mois. Pour la période permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition. 100€ maximum de prise en charge pour la monture.
- ! **Prothèses dentaires paniers tarifs maîtrisés et libres** (remboursement dans la limite des HLF pour les prothèses paniers maîtrisés) : Le forfait s'applique par année civile d'adhésion à la garantie. Au-delà du plafond, le ticket modérateur est pris en charge.
- ! **Forfait prothèses dentaires non remboursées par le RO :** Pas de prise en charge pour l'implantologie, la parodontologie et l'orthodontie non remboursées par la Sécurité sociale.
- ! **Aides auditives par oreille :** Pour la classe II la prise en charge maximum est de 1 700 euros par prothèse. Classe I et classe II : renouvellement du forfait tous les 4 ans à partir du 1er janvier 2021.
- ! **Médecine douce** :* 4 séances par an et par bénéficiaire.
- ! **Capital maladies graves :** Délai de carence de 12 mois à compter de la prise d'effet des garanties pour chacun des bénéficiaires.

** Si prestation couverte par le produit souscrit.*

Où suis-je couvert(e) ?

✓ Les soins engagés en France sont pris en charge.

✓ Les soins engagés hors de France sont pris en charge seulement s'ils sont remboursés par la Sécurité sociale française, dans la limite du montant ou taux prévu par la garantie.

Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties :

À la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude et signer le bulletin d'adhésion.
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par la mutuelle.
- Régler la cotisation ou fraction de cotisation prévue au contrat.

En cours de contrat :

- Fournir tous les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la mutuelle dans un délai maximum de 2 ans à compter de la date des soins ou de la facturation.
- Informer la mutuelle dans un délai de 3 mois de toutes les modifications concernant : son état civil, son adresse, sa situation matrimoniale, sa situation familiale, sa situation socio-professionnelle, son rattachement aux régimes d'assurance maladie obligatoire, ses coordonnées bancaires.

Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance.

Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique. Lorsque la modalité de paiement choisie est le chèque, la première échéance de cotisations est acquittée à la souscription.

Les cotisations peuvent être fractionnées, les périodicités sont :

- Pour le prélèvement automatique : mensuelle, trimestrielle, semestrielle
- Pour le chèque : trimestrielle, semestrielle.

Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion prend effet :

- Pour les personnes qui bénéficiaient précédemment d'une complémentaire santé et qui ont confié à VIASANTÉ Mutuelle la résiliation de leur garantie auprès de leur ancien organisme complémentaire : le lendemain de la résiliation de l'ancienne garantie.
- Pour les personnes ne bénéficiant pas d'une précédente complémentaire santé : à la date d'effet souhaitée complétée sur le bulletin d'adhésion sous réserve de la réception du dossier complet dans le délai imparti.

L'adhésion est souscrite pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours, et se renouvelle chaque année, au 1er janvier, par tacite reconduction sauf résiliation par l'une des parties dans les conditions prévues au contrat. En cas d'adhésion conclue suite à des techniques de vente à distance ou de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir :

- Pour la vente à distance, à compter de la date de signature électronique du bulletin d'adhésion ou à compter de la date de réception de l'ensemble des conditions d'adhésion si cette date est postérieure à la date de signature du bulletin d'adhésion,
- Pour le démarchage, à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion.

Comment puis-je résilier le contrat ?

Dispositions applicables avant l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription

Conformément à l'Article L221-10 du Code de la Mutualité : le membre participant pour les opérations individuelles **peut mettre fin à son adhésion, en adressant une notification par lettre, tout autre support durable ou moyen précisé à l'article L.221-10-3, à la mutuelle au moins deux mois avant la date d'échéance.**

Dispositions applicables après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription

Conformément à l'Article L221-10-2 du Code de la Mutualité : le membre participant peut dénoncer son adhésion **en adressant une notification par lettre, tout autre support durable ou moyen précisé à l'article L.221-10-3, après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription, sans frais ni pénalités.**

La résiliation peut également être notifiée à la Mutuelle à partir de l'espace adhérent en cliquant sur l'icône « résilier votre contrat ».

La dénonciation de l'adhésion prend effet un mois après que la mutuelle en ait reçu notification par le membre participant ou par le nouvel organisme dans le cas où un mandat lui a été confié.

La résiliation de la garantie santé entraîne automatiquement la résiliation des options éventuellement souscrites.

Pour les adhésions à tacite reconduction relatives à des opérations individuelles à caractère non professionnel, l'adhérent doit recevoir un avis d'échéance annuelle de cotisation. Lorsque cet avis lui est adressé moins de 15 jours avant la date limite d'exercice du droit à dénonciation, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, le membre participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste. En cas de défaut d'information sur l'avis d'échéance annuelle de cotisation, l'adhérent peut résilier à tout moment, à compter de la date de reconduction sa garantie, sans pénalités, par lettre, tout autre support durable ou moyen précisé à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité.

A tout moment, lorsque l'assuré peut justifier du bénéfice de la Complémentaire Santé Solidaire.

En cas de modification de la situation personnelle ou professionnelle de l'assuré ayant une influence directe sur les risques garantis conformément à l'article L.221-17 du code de la mutualité.

2026-04-01 10:53 - Viasanté/Viaprod - PROTECVIA Indices 30 à 120 - 2/2