

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Intériale – Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité - SIREN 775 685 365

Produit : NOVALE LABELLISEE (formules INITIO^L, ALTO^L, EVO^L, EXCELIO^L labellisées)

INTÉRIALE

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. 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 ayants droit en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales et réglementaires des contrats responsables. L'adhésion à l'offre Novale labellisée est facultative.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction de la formule de garantie choisie, 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. Pour l'exhaustivité des garanties, se reporter au Règlement mutualiste et ses annexes.

LES GARANTIES ET SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ **Soins courants** : Honoraires médicaux (consultations et visites généralistes, spécialistes et actes techniques médicaux) ; honoraires paramédicaux ; analyses et examens de laboratoire ; actes d'imagerie médicale et échographie ; tous les médicaments prescrits remboursés, médicaments prescrits non remboursés, automédication, homéopathie, matériel médical.
- ✓ **Prévention et accompagnement** : substituts nicotiniques ; protections périodiques et hygiéniques ; semelles orthopédiques ; ostéodensitométrie remboursée par la Sécurité sociale ; consultations de psychologues, psychothérapeutes, psychomotriciens, ergothérapeutes ; ostéopathes, étioopathes, acupuncteurs, chiropracteurs, pédicures-podologues, homéopathes ; allocation cancer.
- ✓ **Dentaire** : Soins et prothèses « 100% santé » ; Soins et prothèses « à tarifs maîtrisés ou libres » (consultations et soins dentaires, prothèses dentaires) ; orthodontie.
- ✓ **Optique** : Equipements (monture et verres) « 100% santé » ; équipements (monture et verres) « à tarifs libres » ; lentilles remboursées par la Sécurité sociale ; matériel pour amblyopie.
- ✓ **Aides auditives** : Equipements « 100% santé » ; équipements « à tarifs libres » ; accessoires (dont piles)
- ✓ **Hospitalisation** : honoraires (médicaux et chirurgicaux) ; forfait journalier hospitalier ; forfait patient urgences ; forfait actes lourds ; frais de séjour, frais de transport.
- ✓ **Protection juridique** (santé et pénale professionnelle) : conseils illimités par téléphone, défense pénale professionnelle, gestion amiable et judiciaire d'un litige.
- ✓ **Assistance à domicile** : assistance en cas d'hospitalisation, de maternité, de cancer, de décès.
- ✓ **Dépendance (moins de 67 ans)** : versement d'une rente mensuelle viagère à l'assuré en cas de dépendance totale.
- ✓ **Service de téléconsultation médicale**

LES GARANTIES NON SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- **Prévention et accompagnement** : bilan nutrition (forfait) ; crème solaire et vaccins non remboursés par la Sécurité sociale ; contraception prescrite non remboursée par la Sécurité sociale.
- **Dentaire** : soins et prothèses non remboursés par la Sécurité sociale ; implants ; orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale et complément de forfait dentaire.
- **Optique** : lentilles non remboursées par la Sécurité sociale ; chirurgie réfractive.
- **Aides Auditives** : amplificateur d'écoute.
- **Hospitalisation** : chambre particulière ; forfait TV ; frais d'accompagnement.
- **Maternité** : dépistage des trisomies par analyse de l'ADN fœtal circulant non remboursé par la Sécurité sociale.

LES SERVICES NON SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- **Réseau de partenaires à tarifs négociés** (opticiens, chirurgiens-dentistes, implantologues, diététiciens, ostéopathes, chiropracteurs et audioprothésistes partenaires).
- **Services d'accompagnement** : analyse de devis en cas d'hospitalisation, recherche d'infirmières, coaching sportif / sommeil et diététique...
- **2^{ème} avis médical.**

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



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité de l'adhésion au contrat.
- ✗ Sont exclus les frais d'hospitalisation long séjour facturés par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).



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 (OPTAM et OPTAM-CO).

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Optique et Aides auditives** : paniers 100 % santé limités aux Prix Limites de Ventes.
- ! **Dentaire** : panier 100 % santé et panier à Tarifs Maîtrisés limités aux Honoraires Limites de Facturation.
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement (monture et 2 verres) sur une période de 2 ans, réduite à 1 an pour une personne de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Aides auditives** : prise en charge limitée à un équipement par oreille sur une période de 4 ans.
- ! **Forfait TV** : limité à 45 jours par an.
- ! **Chambre particulière** : chambre en ambulatoire (sans nuitée) non prise en charge.
- ! **Frais d'accompagnement** : enfants < 15 ans, handicapés < 20 ans et adultes > 70 ans.
- ! **Garantie Dépendance** :
 - La rente est versée à l'issue d'un délai de franchise de 90 jours qui court à compter de la date de signature du certificat médical par le médecin traitant.
 - Les garanties dépendance assurées par la mutuelle ne se cumulent pas : l'assuré déjà couvert par une garantie dépendance assurée par la mutuelle à la prise d'effet de l'adhésion ne peut en bénéficier et n'acquiesce pas la cotisation.



Où suis-je couvert ?

- En France ou à l'étranger.
- Dans le cas où les soins ont été dispensés dans un COM ou à l'étranger, le remboursement se fait en complément d'un remboursement effectué par un organisme étranger de sécurité sociale équivalent à la Sécurité sociale française, ou par un régime de base d'Outre-mer, et sur la base du remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

A l'adhésion de la garantie (à défaut, non prise d'effet de la garantie)

- Remplir les critères d'adhésion suivants : relever d'un régime obligatoire d'assurance maladie français (ou relever d'une couverture de base), appartenir à la population susceptible d'adhérer définie par le Règlement Mutualiste.
- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par la mutuelle.
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle.
- Régler la cotisation (ou première fraction de cotisation) indiquée en annexe du Règlement Mutualiste.

En cours de contrat

- **à défaut, suspension puis résiliation de la garantie :**
Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) due.
- **à défaut, non prise en compte de la nouvelle situation sur les cotisations et les prestations :**
Informez et justifiez à la Mutuelle des événements suivants dans un délai de quatre mois à compter de l'évènement (les modifications prennent alors effet le premier jour du mois suivant la date de survenance de l'évènement) :
 - Changements de situation familiale : changement d'adresse, modification de votre composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité.
 - Changements de situation administrative : mutation, changement d'échelon, de grade et d'indice, congé parental, congé de formation professionnelle, disponibilité pour tous motifs, invalidité, retraite, suspension, révocation, radiation des cadres.

En cas de sinistre

- **à défaut, non règlement des sinistres :**
 - Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations.
 - Faire parvenir les demandes de remboursements à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date des soins.
- **à défaut, recouvrement contentieux des sommes dues :**
Rembourser toute prestation indûment versée.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Votre cotisation est annuelle. Vous devez la régler par avance à échéance annuelle. Le règlement se fait par prélèvement automatique sur votre compte bancaire, ou exceptionnellement par chèque sur accord de la mutuelle.

Vous pouvez régler votre cotisation mensuellement. Dans ce cas, la cotisation est payable à terme échu.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion prend effet le lendemain de la date de résiliation de votre ancien contrat d'assurance (lorsque la Mutuelle a été mandatée dans le cadre de la résiliation infra-annuelle) ou le jour que vous indiquez librement sur le bulletin d'adhésion (sans rétroactivité).

Par exception, l'adhésion peut prendre effet le lendemain de la date de radiation de votre ancien organisme assureur, à condition que la demande d'adhésion intervienne 3 mois suivant la date de radiation de l'ancien organisme, sous réserve de la fourniture du certificat de radiation, et si vous étiez précédemment couvert par une garantie couvrant les frais de santé au moins équivalente.

A compter du moment où vous êtes informé que l'adhésion au Règlement Mutualiste a pris effet, vous disposez d'un délai de 30 jours calendaires révolus pour renoncer à votre adhésion par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité.

L'adhésion est valable pour une année civile, du 1^{er} janvier au 31 décembre à minuit. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année pour une durée d'un an.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin à votre adhésion :

- tous les ans, en envoyant une notification de fin d'adhésion à la Mutuelle au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. La demande prend effet au 1^{er} janvier de l'année suivante.
- à tout moment, sans frais ni pénalités, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'effet de l'adhésion. La demande prend alors effet un mois après que la Mutuelle en a reçu notification par le membre participant.

Pour résilier, vous devrez envoyer la notification à la Mutuelle selon votre choix, par lettre ou tout autre support durable, acte extrajudiciaire ou par le même mode de communication à distance que celui proposé par la Mutuelle pour l'adhésion.



Intérieure — Siège social : 32, rue Blanche, 75009 Paris — www.interiale.fr
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, N° SIREN : 775 685 365



Intérieure est soumise au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) - 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS cedex 09.