

# Sur-complémentaires

## Formules +

Que vous soyez déjà adhérent MOS ou de toute autre mutuelle, pour un remboursement amélioré de vos soins les plus coûteux, ajoutez à votre garantie une formule «sur-complémentaire».

À CHAQUE BESOIN  
SA RÉPONSE

### Renforcez votre complémentaire santé avec nos Formules+

	BASIS	FIDÉLIO	TONUS	ÉNERGIE	ALTINUM	PASTEL
• Forfait Optique* (verres et/ou monture, par année civile)	+ 70 €	+ 150 €	+ 50 €	+ 130 €	+ 130 €	
• Lentilles cornéennes* (par année civile)	+ 70 €	+ 150 €	+ 50 €	+ 130 €	+ 130 €	
• Chirurgie correctrice de la VUE (par œil/par an)		+ 150 €		+ 150 €	+ 150 €	
• Prothèses dentaires (remboursées par la Sécurité Sociale)	+ 70% du TRSS	+ 150% du TRSS	+ 50% du TRSS	+ 100% du TRSS	+ 100% du TRSS	
• Orthodontie (remboursée par la Sécurité Sociale)	+ 50% du TRSS	+ 70% du TRSS	+ 50% du TRSS	+ 70% du TRSS	+ 70% du TRSS	
• Implants et Orthodontie (non remboursables par la sécurité sociale)						Forfait <b>350 €</b> maxi par année civile
• Honoraires des médecins spécialistes (hors hospitalisation)	+ 50% du TRSS	+ 50% du TRSS	+ 50% du TRSS	+ 50% du TRSS	+ 50% du TRSS	
• Hospitalisation, y compris ambulatoire 90 jours par an maxi (hors psychiatrie, maison de repos ou de convalescence)			30 € par jour (carence de 3 jours pour chaque séjour)	30 € par jour (carence de 3 jours pour chaque séjour)	30 € par jour	
• Cure thermale (remboursée par la Sécurité Sociale)			80 € forfait annuel	80 € forfait annuel	80 € forfait annuel	
• Médecines douces <sup>(1)(2)</sup> (voir liste des disciplines remboursables ci-dessous)						30 € par séance <sup>(3)</sup>

#### MOS ASSISTANCE

24h/24 - 7J/7

09 87 98 31 87

Inclus également **MOS Assistance** : en cas d'accident corporel, de séjour prolongé en maternité ou de maladie soudaine nécessitant une immobilisation au domicile, vous disposez d'un large dispositif d'assistance (garde des enfants, aides ménagères, ...)(4)

TRSS : Tarif de Responsabilité Sécurité Sociale. Ces remboursements complètent obligatoirement ceux d'une autre mutuelle dans la limite de la dépense engagée. Ils sont effectués sur présentation de l'original du décompte de l'Organisme Complémentaire faisant apparaître le montant de la dépense, la participation Sécurité Sociale et la part complémentaire de la mutuelle.

(1) Liste des disciplines remboursables : Ostéopathie/ortho-bionomy, homéopathie, acupuncture, chiropractie, étiopathie, sophrologie, pédicurie/podologie, diététique/nutrition, hypnose, bio-énergie/magnétisme, ayurveda, kinésiologie, phytothérapie, shiatsu, réflexologie, naturopathie, ergothérapie.

(2) Remboursement limité à 5 séances par discipline dans une limite globale annuelle de 9 séances toutes disciplines confondues.

(3) Le numéro le numéro ADELI, RPPS ou SIRET de l'exécutant doit figurer sur la facture.

(4) Contrat mis en oeuvre par RMA (Ressources Mutuelles Assistance), 44124 Vertou.

#### Conditions

Les options s'appliquent à **tous les membres de la famille**. La demande prend effet le premier jour du mois suivant la demande d'adhésion signée. Les cotisations sont payables par prélèvements trimestriels sur compte bancaire ou paiement unique annuel par chèque. Le remboursement des soins est effectué dans la limite des dépenses engagées et notamment sans que soient pris en charge les forfaits et les franchises laissées à la charge de l'assuré.

\*Aucun remboursement ne sera effectué sans prescription médicale.

Document diffusé à titre d'information n'ayant pas de valeur contractuelle.

# Sur-complémentaires Formules +

Que vous soyez déjà adhérent MOS ou de toute autre mutuelle, pour un remboursement amélioré de vos soins les plus coûteux, ajoutez à votre garantie une formule «sur-complémentaire».



À CHAQUE BESOIN  
SA RÉPONSE



## Tarifs 2022 (cotisation mensuelle)

Sur-complémentaires	Adhérent	Adhérent + Conjoint	Adhérent + Enfant(s) jusqu'à 22 ans	Adhérent + Conjoint + Enfant(s) jusqu'à 22 ans
Basis	7 €	14 €	13,50 €	20,50 €
Fidelio	14,50 €	29 €	28,50 €	43 €
Tonus	9,50 €	19 €	18 €	27,50 €
Énergie	17,50 €	35 €	33 €	50,50 €
Altinum	27,50 €	55 €	43 €	70,50 €
Pastel	15,50 €	31 €	23,40 €	38,90 €

*Un stage de 3 mois est appliqué à partir de la date d'adhésion pour les personnes n'ayant pas leur Complémentaire Santé à la Mutuelle MOS*

**Le remboursement des soins est effectué dans le respect du contrat responsable, dans la limite des dépenses engagées.**

Document diffusé à titre d'information n'ayant pas de valeur contractuelle.



10 rue Jean Giono - Immeuble Neptune - 3<sup>e</sup> étage  
CS 76714 - 21067 DIJON CEDEX  
Tél. 03 80 78 91 50 - Fax 03 80 78 91 51  
contact@mutuelle-mos.fr

**SANTÉ  
PRÉVOYANCE**

Retrouvez tous les détails des offres & infos supplémentaires sur notre site  
**www.mutuelle-mos.fr**

# Garantie individuelle



Document d'information sur le produit complémentaire santé

Mutuelle MOS – Mutuelle immatriculée en France et régie par le Code de la Mutualité

N° d'agrément : 778213678

Produit : Garantie Sur-complémentaire BASIS

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 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 « garantie Sur-complémentaire BASIS » est une couverture sur-complémentaire santé destinée exclusivement aux adhérents disposant d'un régime complémentaire santé de base. Il est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité.



## 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

- ✓ **Actes médicaux** : Consultation et visite de médecins spécialistes (hors hospitalisation),
- ✓ **Dentaire** : prothèses dentaires et orthodontie remboursées par le régime obligatoire,
- ✓ **Optique** : Lunette (monture et verres). Lentilles cornéennes,

### Les services systématiquement prévus

- ✓ Réseaux de soins et analyse de devis, analyse de grilles de prestations,
- ✓ Espace personnel adhérent sur le Site Internet

### L'assistance systématiquement prévue

- ✓ Assistance à domicile

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 journalières versées en complément de la Sécurité Sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués 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.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale

### Ne sont pas remboursables :

- ✗ Les accidents sportifs survenus lors d'une compétition, blessures ou décès provenant de guerre civile ou étrangère, de tremblements de terre, ouragans, tornades, éruptions volcaniques ou tous autres cataclysmes
  - ✗ Les blessures ou décès survenus au cours de rixes, bagarres ou émeutes, s'il est établi que l'adhérent y a pris une part volontaire
  - ✗ Les blessures ou décès consécutifs à des duels, mutilations volontaires
- Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat



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

### Principales restrictions

- ! Un stage de 3 mois est appliqué à partir de la date d'adhésion pour les personnes n'ayant pas leur Complémentaire Santé à la Mutuelle MOS
- ! Adhésion pour tous les membres de la famille affiliés à la garantie de base
- ! Aucun remboursement ne sera effectué sans prescription médicale



## Où suis-je couvert ?

- ✓ Sur le territoire français
- ✓ Si des soins ont été dispensés à l'étranger à un adhérent affilié à la Sécurité Sociale française, 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 ?

### A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par la mutuelle
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par la mutuelle
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

### En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre régime obligatoire français.
- Informer la mutuelle des événements suivants, dans les quinze jours qui suivent la connaissance qu'il a d'un changement de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité,
- Déclarer tout accident causé par un tiers et dont vous-même ou vos ayants droits seraient victimes



## Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est calculée annuellement. Le paiement de la cotisation peut être fractionné, semestriellement ou trimestriellement d'avance, par prélèvement automatique bancaire.

Le paiement par prélèvement automatique doit provenir d'un établissement domicilié en France métropolitaine.



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture prend effet à compter de la date fixée au bulletin d'adhésion. L'effet rétro actif n'est pas recevable.

En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'adhérent dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).

La couverture est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction au 1<sup>er</sup> Janvier de chaque année. La couverture cesse à la date d'effet de la résiliation. La résiliation prend effet à l'échéance annuelle du contrat (31 décembre), ou à l'expiration d'un délai de 30 jours suivant la réception de la demande de résiliation infra-annuelle par la Mutuelle (hors radiation des ayants-droits) ou cas de résiliation par la Mutuelle pour non-paiement des cotisations. La couverture cesse à l'échéance annuelle du contrat lorsque les conditions d'adhésion ne sont plus remplies.

Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations. Le défaut de paiement de la cotisation entraîne la suspension des prestations, primes, indemnités et secours servis par la mutuelle.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat chaque année au le 31 décembre, en adressant une lettre recommandée ou tout autre support durable au siège social au moins deux mois avant cette date ; dans les 3 mois suivant une modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis ; dans les conditions prévues par la loi Chatel, reprises dans l'article L221-10 du Code de la Mutualité, pour une garantie individuelle souscrite à titre non professionnel.

Le contrat peut être résilié par tout moyen en cours d'année après expiration d'un délai de Un an à compter de la prise d'effet du niveau de garantie.

Par ailleurs, si vous apportez la preuve qu'un accord d'entreprise, une convention collective ou une décision unilatérale de l'employeur impose son affiliation à un autre organisme, la résiliation peut devenir effective au 1<sup>er</sup> du jour du mois qui suit la réception de la lettre recommandée accompagnée de l'attestation de l'employeur.

# Garantie individuelle



Document d'information sur le produit complémentaire santé

Mutuelle MOS – Mutuelle immatriculée en France et régie par le Code de la Mutualité

N° d'agrément : 778213678

Produit : Garantie Sur-complémentaire FIDELIO

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 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 « garantie Sur-complémentaire FIDELIO » est une couverture sur-complémentaire santé destinée exclusivement aux adhérents disposant d'un régime complémentaire santé de base. Il est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité.



## 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

- ✓ **Actes médicaux** : Consultation et visite de médecins spécialistes (hors hospitalisation),
- ✓ **Dentaire** : prothèses dentaires et orthodontie remboursées par le régime obligatoire,
- ✓ **Optique** : Lunette (monture et verres). Lentilles cornéennes, chirurgie correctrice de la vue

### Les services systématiquement prévus

- ✓ Réseaux de soins et analyse de devis, analyse de grilles de prestations,
- ✓ Espace personnel adhérent sur le Site Internet

### L'assistance systématiquement prévue

- ✓ Assistance à domicile

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 journalières versées en complément de la Sécurité Sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués 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.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale

### Ne sont pas remboursables :

- ✗ Les accidents sportifs survenus lors d'une compétition, blessures ou décès provenant de guerre civile ou étrangère, de tremblements de terre, ouragans, tornades, éruptions volcaniques ou tous autres cataclysmes
  - ✗ Les blessures ou décès survenus au cours de rixes, bagarres ou émeutes, s'il est établi que l'adhérent y a pris une part volontaire
  - ✗ Les blessures ou décès consécutifs à des duels, mutilations volontaires
- Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat



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

### Principales restrictions

- ! Un stage de 3 mois est appliqué à partir de la date d'adhésion pour les personnes n'ayant pas leur Complémentaire Santé à la Mutuelle MOS
- ! Adhésion pour tous les membres de la famille affiliés à la garantie de base.
- ! Aucun remboursement ne sera effectué sans prescription médicale.



## Où suis-je couvert ?

- ✓ Sur le territoire français
- ✓ Si des soins ont été dispensés à l'étranger à un adhérent affilié à la Sécurité Sociale française, 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 ?

### A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par la mutuelle
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par la mutuelle
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

### En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre régime obligatoire français.
- Informer la mutuelle des événements suivants, dans les quinze jours qui suivent la connaissance qu'il a d'un changement de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité,
- Déclarer tout accident causé par un tiers et dont vous-même ou vos ayants droits seraient victimes



## Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est calculée annuellement. Le paiement de la cotisation peut être fractionné, semestriellement ou trimestriellement d'avance, par prélèvement automatique bancaire.

Le paiement par prélèvement automatique doit provenir d'un établissement domicilié en France métropolitaine.



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture prend effet à compter de la date fixée au bulletin d'adhésion. L'effet rétro actif n'est pas recevable.

En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'adhérent dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).

La couverture est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction au 1<sup>er</sup> Janvier de chaque année. La couverture cesse à la date d'effet de la résiliation. La résiliation prend effet à l'échéance annuelle du contrat (31 décembre), ou à l'expiration d'un délai de 30 jours suivant la réception de la demande de résiliation infra-annuelle par la Mutuelle (hors radiation des ayant-droits) ou cas de résiliation par la Mutuelle pour non-paiement des cotisations. La couverture cesse à l'échéance annuelle du contrat lorsque les conditions d'adhésion ne sont plus remplies.

Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations. Le défaut de paiement de la cotisation entraîne la suspension des prestations, primes, indemnités et secours servis par la mutuelle.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat chaque année au le 31 décembre, en adressant une lettre recommandée ou tout autre support durable au siège social au moins deux mois avant cette date ; dans les 3 mois suivant une modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis ; dans les conditions prévues par la loi Chatel, reprises dans l'article L221-10 du Code de la Mutualité, pour une garantie individuelle souscrite à titre non professionnel.

Le contrat peut être résilié par tout moyen en cours d'année après expiration d'un délai de Un an à compter de la prise d'effet du niveau de garantie.

Par ailleurs, si vous apportez la preuve qu'un accord d'entreprise, une convention collective ou une décision unilatérale de l'employeur impose son affiliation à un autre organisme, la résiliation peut devenir effective au 1<sup>er</sup> du jour du mois qui suit la réception de la lettre recommandée accompagnée de l'attestation de l'employeur.

# Garantie individuelle



Document d'information sur le produit complémentaire santé

Mutuelle MOS – Mutuelle immatriculée en France et régie par le Code de la Mutualité

N° d'agrément : 778213678

Produit : Garantie Sur-complémentaire TONUS

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 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 « garantie Sur-complémentaire TONUS » est une couverture sur-complémentaire santé destinée exclusivement aux adhérents disposant d'un régime complémentaire santé de base. Il est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité.



## 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

- ✓ **Hospitalisation (y compris ambulatoire)** : forfait par jour
- ✓ **Actes médicaux** : Consultation et visite de médecins spécialistes (hors hospitalisation)
- ✓ **Dentaire** : prothèses dentaires et orthodontie remboursées par le régime obligatoire,
- ✓ **Optique** : Lunette (monture et verres). Lentilles cornéennes,
- ✓ **Cure thermale**

### Les services systématiquement prévus

- ✓ Réseaux de soins et analyse de devis, analyse de grilles de prestations,
- ✓ Espace personnel adhérent sur le Site Internet
- ✓ Tiers payant

### L'assistance systématiquement prévue

- ✓ Assistance à domicile

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 journalières versées en complément de la Sécurité Sociale en cas d'arrêt de travail
  - ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués 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.
  - ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale
- Ne sont pas remboursables :**
- ✗ Les accidents sportifs survenus lors d'une compétition, blessures ou décès provenant de guerre civile ou étrangère, de tremblements de terre, ouragans, tornades, éruptions volcaniques ou tous autres cataclysmes
  - ✗ Les blessures ou décès survenus au cours de rixes, bagarres ou émeutes, s'il est établi que l'adhérent y a pris une part volontaire
  - ✗ Les blessures ou décès consécutifs à des duels, mutilations volontaires
  - ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
  - ✗ Hospitalisation : psychiatrie, maison de repos ou de convalescence



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

### Principales restrictions

- ! Un stage de 3 mois est appliqué à partir de la date d'adhésion pour les personnes n'ayant pas leur Complémentaire Santé à la Mutuelle MOS
- ! Adhésion pour tous les membres de la famille affiliés à la garantie de base.
- ! Aucun remboursement ne sera effectué sans prescription médicale.
- ! **Hospitalisation** : 90 jours par an/ Carence de 3 jours pour chaque séjour.



## Où suis-je couvert ?

- ✓ Sur le territoire français
- ✓ Si des soins ont été dispensés à l'étranger à un adhérent affilié à la Sécurité Sociale française, 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 ?

### A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par la mutuelle
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par la mutuelle
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

### En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre régime obligatoire français.
- Informer la mutuelle des événements suivants, dans les quinze jours qui suivent la connaissance qu'il a d'un changement de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité,
- Déclarer tout accident causé par un tiers et dont vous-même ou vos ayants droits seraient victimes



## Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est calculée annuellement. Le paiement de la cotisation peut être fractionné, semestriellement ou trimestriellement d'avance, par prélèvement automatique bancaire.

Le paiement par prélèvement automatique doit provenir d'un établissement domicilié en France métropolitaine.



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture prend effet à compter de la date fixée au bulletin d'adhésion. L'effet rétro actif n'est pas recevable.

En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'adhérent dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).

La couverture est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction au 1<sup>er</sup> Janvier de chaque année. La couverture cesse à la date d'effet de la résiliation. La résiliation prend effet à l'échéance annuelle du contrat (31 décembre), ou à l'expiration d'un délai de 30 jours suivant la réception de la demande de résiliation infra-annuelle par la Mutuelle (hors radiation des ayant-droits) ou cas de résiliation par la Mutuelle pour non-paiement des cotisations. La couverture cesse à l'échéance annuelle du contrat lorsque les conditions d'adhésion ne sont plus remplies.

Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations. Le défaut de paiement de la cotisation entraîne la suspension des prestations, primes, indemnités et secours servis par la mutuelle.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat chaque année au le 31 décembre, en adressant une lettre recommandée ou tout autre support durable au siège social au moins deux mois avant cette date ; dans les 3 mois suivant une modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis ; dans les conditions prévues par la loi Chatel, reprises dans l'article L221-10 du Code de la Mutualité, pour une garantie individuelle souscrite à titre non professionnel.

Le contrat peut être résilié par tout moyen en cours d'année après expiration d'un délai de Un an à compter de la prise d'effet du niveau de garantie.

Par ailleurs, si vous apportez la preuve qu'un accord d'entreprise, une convention collective ou une décision unilatérale de l'employeur impose son affiliation à un autre organisme, la résiliation peut devenir effective au 1<sup>er</sup> du mois qui suit la réception de la lettre recommandée accompagnée de l'attestation de l'employeur.

# Garantie individuelle



Document d'information sur le produit complémentaire santé

Mutuelle MOS – Mutuelle immatriculée en France et régie par le Code de la Mutualité

N° d'agrément : 778213678

Produit : Garantie Sur-complémentaire ENERGIE

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 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 « garantie Sur-complémentaire ENERGIE » est une couverture sur-complémentaire santé destinée exclusivement aux adhérents disposant d'un régime complémentaire santé de base. Il est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité.



## 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

- ✓ **Hospitalisation (y compris ambulatoire)** : forfait par jour
- ✓ **Actes médicaux** : Consultation et visite de médecins spécialistes (hors hospitalisation)
- ✓ **Dentaire** : prothèses dentaires orthodontie remboursée par le régime obligatoire,
- ✓ **Optique** : Lunette (monture et verres). Lentilles cornéennes, chirurgie correctrice de la vue
- ✓ **Cure thermale**

### Les services systématiquement prévus

- ✓ Réseaux de soins et analyse de devis, analyse de grilles de prestations,
- ✓ Espace personnel adhérent sur le Site Internet

### L'assistance systématiquement prévue

- ✓ Assistance à domicile

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 journalières versées en complément de la Sécurité Sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués 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.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale

### Ne sont pas remboursables :

- ✗ Les accidents sportifs survenus lors d'une compétition, blessures ou décès provenant de guerre civile ou étrangère, de tremblements de terre, ouragans, tornades, éruptions volcaniques ou tous autres cataclysmes
- ✗ Les blessures ou décès survenus au cours de rixes, bagarres ou émeutes, s'il est établi que l'adhérent y a pris une part volontaire
- ✗ Les blessures ou décès consécutifs à des duels, mutilations volontaires
- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Hospitalisation : psychiatrie, maison de repos ou de convalescence



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

### Principales restrictions

- ! Un stage de 3 mois est appliqué à partir de la date d'adhésion pour les personnes n'ayant pas leur Complémentaire Santé à la Mutuelle MOS
- ! Adhésion pour tous les membres de la famille.
- ! Aucun remboursement ne sera effectué sans prescription médicale.
- ! **Hospitalisation** : 90 jours par an / Carence de 3 jours pour chaque séjour.



## Où suis-je couvert ?

- ✓ Sur le territoire français
- ✓ Si des soins ont été dispensés à l'étranger à un adhérent affilié à la Sécurité Sociale française, 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 ?

### A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par la mutuelle
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par la mutuelle
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

### En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre régime obligatoire français.
- Informer la mutuelle des événements suivants, dans les quinze jours qui suivent la connaissance qu'il a d'un changement de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité,
- Déclarer tout accident causé par un tiers et dont vous-même ou vos ayants droits seraient victimes



## Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est calculée annuellement. Le paiement de la cotisation peut être fractionné, semestriellement ou trimestriellement d'avance, par prélèvement automatique bancaire.

Le paiement par prélèvement automatique doit provenir d'un établissement domicilié en France métropolitaine.



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture prend effet à compter de la date fixée au bulletin d'adhésion. L'effet rétro actif n'est pas recevable.

En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'adhérent dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).

La couverture est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction au 1<sup>er</sup> Janvier de chaque année. La couverture cesse à la date d'effet de la résiliation. La résiliation prend effet à l'échéance annuelle du contrat (31 décembre), ou à l'expiration d'un délai de 30 jours suivant la réception de la demande de résiliation infra-annuelle par la Mutuelle (hors radiation des ayant-droits) ou cas de résiliation par la Mutuelle pour non-paiement des cotisations. La couverture cesse à l'échéance annuelle du contrat lorsque les conditions d'adhésion ne sont plus remplies.

Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations. Le défaut de paiement de la cotisation entraîne la suspension des prestations, primes, indemnités et secours servis par la mutuelle.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat chaque année au le 31 décembre, en adressant une lettre recommandée ou tout autre support durable au siège social au moins deux mois avant cette date ; dans les 3 mois suivant une modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis ; dans les conditions prévues par la loi Chatel, reprises dans l'article L221-10 du Code de la Mutualité, pour une garantie individuelle souscrite à titre non professionnel.

Le contrat peut être résilié par tout moyen en cours d'année après expiration d'un délai de Un an à compter de la prise d'effet du niveau de garantie.

Par ailleurs, si vous apportez la preuve qu'un accord d'entreprise, une convention collective ou une décision unilatérale de l'employeur impose son affiliation à un autre organisme, la résiliation peut devenir effective au 1<sup>er</sup> du jour du mois qui suit la réception de la lettre recommandée accompagnée de l'attestation de l'employeur.

# Garantie individuelle



Document d'information sur le produit complémentaire santé

Mutuelle MOS – Mutuelle immatriculée en France et régie par le Code de la Mutualité

N° d'agrément : 778213678

Produit : Garantie Sur-complémentaire ALTINUM

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 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 « garantie Sur-complémentaire ALTINUM » est une couverture sur-complémentaire santé destinée exclusivement aux adhérents disposant d'un régime complémentaire santé de base. Il est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité.



## 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

- ✓ **Hospitalisation (y compris ambulatoire)** : forfait par jour
- ✓ **Actes médicaux** : Consultation et visite de médecins spécialistes (hors hospitalisation)
- ✓ **Dentaire** : prothèses dentaires remboursés par le régime obligatoire, orthodontie remboursée et non remboursée par le régime obligatoire, implant
- ✓ **Optique** : Lunette (monture et verres). Lentilles cornéennes, chirurgie correctrice de la vue
- ✓ **Cure thermale**

### Les services systématiquement prévus

- ✓ Réseaux de soins et analyse de devis, analyse de grilles de prestations,
- ✓ Espace personnel adhérent sur le Site Internet

### L'assistance systématiquement prévue

- ✓ Assistance à domicile

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 journalières versées en complément de la Sécurité Sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués 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.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale

### Ne sont pas remboursables :

- ✗ Les accidents sportifs survenus lors d'une compétition, blessures ou décès provenant de guerre civile ou étrangère, de tremblements de terre, ouragans, tornades, éruptions volcaniques ou tous autres cataclysmes
- ✗ Les blessures ou décès survenus au cours de rixes, bagarres ou émeutes, s'il est établi que l'adhérent y a pris une part volontaire
- ✗ Les blessures ou décès consécutifs à des duels, mutilations volontaires
- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Hospitalisation : psychiatrie, maison de repos ou de convalescence



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

### Principales restrictions

- ! Un stage de 3 mois est appliqué à partir de la date d'adhésion pour les personnes n'ayant pas leur Complémentaire Santé à la Mutuelle MOS
- ! Adhésion pour tous les membres de la famille affiliés à la garantie de base.
- ! Aucun remboursement ne sera effectué sans prescription médicale.
- ! **Hospitalisation** : 90 jours par an



## Où suis-je couvert ?

- ✓ Sur le territoire français
- ✓ Si des soins ont été dispensés à l'étranger à un adhérent affilié à la Sécurité Sociale française, 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 ?

### A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par la mutuelle
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par la mutuelle
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

### En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre régime obligatoire français.
- Informer la mutuelle des événements suivants, dans les quinze jours qui suivent la connaissance qu'il a d'un changement de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité,
- Déclarer tout accident causé par un tiers et dont vous-même ou vos ayants droits seraient victimes



## Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est calculée annuellement. Le paiement de la cotisation peut être fractionné, semestriellement ou trimestriellement d'avance, par prélèvement automatique bancaire.

Le paiement par prélèvement automatique doit provenir d'un établissement domicilié en France métropolitaine.



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture prend effet à compter de la date fixée au bulletin d'adhésion. L'effet rétro actif n'est pas recevable.

En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'adhérent dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).

La couverture est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction au 1<sup>er</sup> Janvier de chaque année. La couverture cesse à la date d'effet de la résiliation. La résiliation prend effet à l'échéance annuelle du contrat (31 décembre), ou à l'expiration d'un délai de 30 jours suivant la réception de la demande de résiliation infra-annuelle par la Mutuelle (hors radiation des ayants-droits) ou cas de résiliation par la Mutuelle pour non-paiement des cotisations. La couverture cesse à l'échéance annuelle du contrat lorsque les conditions d'adhésion ne sont plus remplies.

Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations. Le défaut de paiement de la cotisation entraîne la suspension des prestations, primes, indemnités et secours servis par la mutuelle.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat chaque année au le 31 décembre, en adressant une lettre recommandée ou tout autre support durable au siège social au moins deux mois avant cette date ; dans les 3 mois suivant une modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis ; dans les conditions prévues par la loi Chatel, reprises dans l'article L221-10 du Code de la Mutualité, pour une garantie individuelle souscrite à titre non professionnel.

Le contrat peut être résilié par tout moyen en cours d'année après expiration d'un délai de Un an à compter de la prise d'effet du niveau de garantie.

Par ailleurs, si vous apportez la preuve qu'un accord d'entreprise, une convention collective ou une décision unilatérale de l'employeur impose son affiliation à un autre organisme, la résiliation peut devenir effective au 1<sup>er</sup> du jour du mois qui suit la réception de la lettre recommandée accompagnée de l'attestation de l'employeur.

# Garantie individuelle

Document d'information sur le produit complémentaire santé

Mutuelle MOS – Mutuelle immatriculée en France et régie par le Code de la Mutualité

N° d'agrément : 778213678

Produit : Garantie Sur-complémentaire PASTEL

**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 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 « garantie Sur-complémentaire PASTEL » est une couverture sur-complémentaire santé destinée exclusivement aux adhérents disposant d'un régime complémentaire santé de base. Il est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité.



## 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

✓ **Médecines douces** : ostéopathie/ortho-bionomy, homéopathie, acupuncture, chiropractie, etiopathie, sophrologie, pédicurie/podologie, diététique/nutrition, hypnose, bio-énergéticien/magnétiseur, ayurveda, kinésiologie, phytothérapie, shiatsu, réflexologie, naturopathie, ergothérapie.

## L'assistance systématiquement prévue

✓ Assistance à domicile

*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 journalières versées en complément de la Sécurité Sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués 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.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale

### Ne sont pas remboursables :

- ✗ Les accidents sportifs survenus lors d'une compétition, blessures ou décès provenant de guerre civile ou étrangère, de tremblements de terre, ouragans, tornades, éruptions volcaniques ou tous autres cataclysmes
- ✗ Les blessures ou décès survenus au cours de rixes, bagarres ou émeutes, s'il est établi que l'adhérent y a pris une part volontaire
- ✗ Les blessures ou décès consécutifs à des duels, mutilations volontaires
- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat



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

### Principales exclusions du contrat

- ! Un stage de 3 mois est appliqué à partir de la date d'adhésion pour les personnes n'ayant pas leur Complémentaire Santé à la Mutuelle MOS
- ! Adhésion pour tous les membres de la famille affiliés à la garantie de base.

### Principales restrictions

- ! **Médecines douces** : Maxi 5 séances/année civile et par discipline dans une limite globale annuelle de 9 séances toutes disciplines confondues ; le numéro SIRET de l'exécutant doit figurer sur la facture



## Où suis-je couvert ?

- ✓ Sur le territoire français
- ✓ Si des soins ont été dispensés à l'étranger à un adhérent affilié à la Sécurité Sociale française, 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 ?

### A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par la mutuelle
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par la mutuelle
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

### En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre régime obligatoire français.
- Informer la mutuelle des événements suivants, dans les quinze jours qui suivent la connaissance qu'il a d'un changement de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité,
- Déclarer tout accident causé par un tiers et dont vous-même ou vos ayants droits seraient victimes



## Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est calculée annuellement. Le paiement de la cotisation peut être fractionné, semestriellement ou trimestriellement d'avance, par prélèvement automatique bancaire.

Le paiement par prélèvement automatique doit provenir d'un établissement domicilié en France métropolitaine.



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture prend effet à compter de la date fixée au bulletin d'adhésion. L'effet rétro actif n'est pas recevable.

En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'adhérent dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).

La couverture est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction au 1<sup>er</sup> Janvier de chaque année. La couverture cesse à la date d'effet de la résiliation. La résiliation prend effet à l'échéance annuelle du contrat (31 décembre), ou à l'expiration d'un délai de 30 jours suivant la réception de la demande de résiliation infra-annuelle par la Mutuelle (hors radiation des ayants-droits) ou cas de résiliation par la Mutuelle pour non-paiement des cotisations. La couverture cesse à l'échéance annuelle du contrat lorsque les conditions d'adhésion ne sont plus remplies.

Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations. Le défaut de paiement de la cotisation entraîne la suspension des prestations, primes, indemnités et secours servis par la mutuelle.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat chaque année au le 31 décembre, en adressant une lettre recommandée ou tout autre support durable au siège social au moins deux mois avant cette date ; dans les 3 mois suivant une modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis ; dans les conditions prévues par la loi Chatel, reprises dans l'article L221-10 du Code de la Mutualité, pour une garantie individuelle souscrite à titre non professionnel.

Le contrat peut être résilié par tout moyen en cours d'année après expiration d'un délai de Un an à compter de la prise d'effet du niveau de garantie.

Par ailleurs, si vous apportez la preuve qu'un accord d'entreprise, une convention collective ou une décision unilatérale de l'employeur impose son affiliation à un autre organisme, la résiliation peut devenir effective au 1<sup>er</sup> du jour du mois qui suit la réception de la lettre recommandée accompagnée de l'attestation de l'employeur.