

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : Mutuelle d'Assurance de la Boulangerie- Société d'assurance Mutuelle régie par le code des assurances
N°SIREN 784647273 MAPA ASSURANCES- La gestion est confiée à la Mutuelle d'Assurance de la Boulangerie, dénomination commerciale des Risques Civils de la Boulangerie et de la Boulangerie-Pâtisserie Française. Siège social : 27 avenue d'Eylau 75016 Paris- Tél : 01 56 26 56 90 .
La distribution est confiée à La MAPA- Mutuelle d'Assurance, Société d'assurance mutuelle à cotisations variables, Entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au Répertoire National des Entreprises sous le numéro SIRET 775 565 088 000 66, Siège social : 1 rue Anatole Contré – BP 60037 – 17411 Saint-Jean d'Angély CEDEX FRANCE– Tél : 05 46 59 59 59, www.mapa-assurances.fr

Produit : COMPLÉMENTAIRE SANTÉ INDIVIDUELLE - MODULÉO INITIO / MODULÉO OPTIMO

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 pré-contractuelle et contractuelle.

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. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.

✓ *Garanties systématiquement prévues au contrat.*



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 et maternité** : honoraires (sauf formule 1 Optimo, hors dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées), frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport,
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : consultations et visites de médecins, examens médicaux, auxiliaires médicaux, pharmacie (remboursés à 65% par la Sécurité sociale), matériel médical (équipements 100% santé inclus),
- ✓ **Frais optiques** : lunettes (monture et verres, équipements 100% santé inclus), lentilles de contact (remboursées par le RO), chirurgie réfractive (sauf formule 1 Initio),
- ✓ **Frais dentaires** : soins et prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles, équipements 100% santé inclus), orthodontie,
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : Audioprothèses (équipements 100% santé inclus), prothèses et orthèses.

Les garanties optionnelles :

- Le module Bien-être (jusqu'à 59 ans) : médecines alternatives, automédication, pédicurie, cures thermales, actes de prévention et maternité,
- Le module confort (à partir de 60 ans) : médecines alternatives, automédication, pédicurie, cures thermales, lit accompagnant en cas d'hospitalisation, actes de prévention et supplément audio prothèses/optique/ dentaire.

Les services systématiquement prévus :

- ✓ Un réseau de soins (tiers payant sur la part complémentaire et réduction tarifaire chez les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes, partenaires, autres réseaux de professionnels partenaires),
- ✓ Un service d'analyse de devis,
- ✓ Un service de téléconsultations,
- ✓ Un site Web d'orientation dans le système de soins et autres Un service (conseils automédication, palmarès des hôpitaux...),
- ✓ Une application coaching santé (prévention),
- ✓ Des services en ligne dans votre Espace personnel (accès aux décomptes notamment),
- ✓ L'accompagnement pour le retour à domicile post hospitalisation.

L'assistance systématiquement prévue :

- ✓ Une aide-ménagère en cas d'hospitalisation et d'autres services à domicile.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat, lorsqu'ils ne sont pas mentionnés expressément,
- ✗ Les frais de santé non pris en charge par la Sécurité sociale française,
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD).



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

Les principales exclusions :

- ! La participation forfaitaire de 2€ 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.

Les principales restrictions :

- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans, réduite à 1 an pour un enfant de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue,
- ! **Dentaire** : prise en charge limitée par acte ou par an selon les postes,
- ! **Audioprothèses** : prise en charge limitée à une équipement tous les 4 ans,
- ! **Médecines alternatives** : prise en charge limitée par montant et par nombre de séance par an et par bénéficiaire,
- ! **Chambre particulière limitée**, par année civile, à 60 jours pour les séjours en maisons de repos ou de convalescence, à 90 jours pour les séjours en service psychiatrique et à 180 jours pour les séjours en service de rééducation ou de réadaptation fonctionnelle,
- ! **Actes prescrits et non remboursés par le régime obligatoire** : prise en charge limitée par an et par nombre de bénéficiaire.



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 nullité du contrat d'assurance ou de non garantie, vous devez :

A la souscription du contrat

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

En cours de contrat

- Payer les cotisations
- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat,
- Faire parvenir les demandes de remboursements dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale,
- Informer l'assureur des événements suivants, par écrit : LRAR ou tout autre support durable permettant d'établir la date de réception recommandée, dans les quinze jours qui suivent la connaissance qu'il a de l'un de ces événements :
 - 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,
 - changement de profession : dans ce cas, l'assuré doit fournir à l'assureur les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée dans le contrat.

Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Semestriel, Trimestriel, Mensuel). Les paiements peuvent être effectués par carte bancaire, prélèvement automatique ou chèque.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée aux conditions particulières.

En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'assuré 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). Voir Conditions Générales Complémentaire santé MAPA-Mutuelle d'Assurance de la Boulangerie Moduléo 2026-06/1. Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

- à la date d'échéance principale du contrat, par lettre recommandée au moins deux mois avant cette date,
- à tout moment par lettre recommandée, lettre simple, e-mail, à l'expiration d'un délai de 1 an à compter de la première adhésion. La résiliation prend effet 1 mois après que l'assureur en a reçu notification,
- en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis,
- en cas de révision des cotisations, par lettre recommandée dans les 15 jours qui suivent la date de notification de la modification,
- en cas de modification du contrat suite à une évolution réglementaire, dans le délai de 30 jours à compter de la proposition de modification du contrat par l'assureur,
- dans les 20 jours suivant la date d'envoi de l'avis d'échéance si ce dernier n'est pas envoyé entre 90 et 15 jours avant l'échéance du contrat.

En cas de réclamation :

En cas de désaccord entre vous et nous (l'assureur) à l'occasion de l'application des termes du présent contrat ou du règlement d'une prestation, vous devez d'abord consulter votre conseiller assurance habituel ou contacter le Service Relations Clientèle de votre assurance. Si le désaccord persiste, vous pouvez adresser un courrier à : MAPA Mutuelle d'Assurance – Service Réclamations – 1 rue Anatole Contré 17400 St-Jean-d'Angély. Dans le cadre de la gestion centralisée des courriers au sein du groupe MAPA-MAB SGAM, la MAPA-Mutuelle d'Assurance est désignée comme destinataire de l'ensemble des courriers liés à La Mutuelle d'Assurance de la Boulangerie. Si toutes les voies de recours ont été épuisées, si le désaccord persiste ou en l'absence de réponse de l'assureur dans le délai de deux mois, vous avez la possibilité de contacter le Médiateur de l'Assurance à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09.