

Assurance Sur Complémentaire Santé



Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : **MUTUELLE DE PRÉVOYANCE ET DE SANTÉ MPS** – Entreprise d'assurance immatriculée en France Siret 432 683 787 et régie par le Code de la Mutualité

Produit : **GARANTIE OPTION RENFORT**

Mise à jour le 30/01/2024

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 pré contractuelle 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 Sur Complémentaire Santé est destiné à délivrer des prestations forfaitaires qui ne peuvent venir qu'après une couverture complémentaire à la Sécurité Sociale, et ne concerne pas le ticket modérateur - Elles ne peuvent être versées qu'après les remboursements de tous les organismes complémentaires. Le produit ne respecte pas les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui 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 forfaits annuels ont pour référence l'année civile.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

- ✓ **Hospitalisation ou soins ambulatoires** : Chambre particulière, dépassements d'honoraires.
- ✓ **Médecine** : dépassement d'honoraire de consultations ou d'actes techniques.
- ✓ **Frais optiques** : lunettes (monture et verres), lentilles de contact prescrites, chirurgie oculaire au laser.
- ✓ **Frais dentaires** : prothèses dentaires, implant ou inlay, orthodontie.
- ✓ **Frais acoustique** : audioprothèses remboursés par la Sécurité sociale.
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : petits appareillages, orthèses.
- ✓ **Médecines douces** : 3 séances par an et par bénéficiaire.
- ✓ **Soins de prévention** : densitométrie osseuse.
- ✓ **Forfait accouchement** : après un an d'adhésion, forfait.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

NEANT

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 de la Sécurité sociale 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.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale.
- ✗ Le forfait journaliser 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 ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, auxiliaires médicaux, actes paramédicaux et transport.
- ! Le ticket modérateur.
- ! Les dépenses 100% santé
- ! Le forfait journalier hospitalier.
- ! Les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins, sur les visites à domicile non reconnues par la Sécurité Sociale (sans indemnité de déplacement), sur les consultations non reconnues par la Sécurité Sociale (hors nomenclature), sur les actes médicaux tels que kinésithérapie, soins infirmiers, examens de laboratoire, soins et radiologies dentaires...

PRINCIPALES RESTRICTIONS

Les garanties de l'option Renfort prennent effet après une carence de 3 mois, sauf pour les enfants s'ils sont inscrits le mois de la naissance.

Remboursement sur présentation des décomptes des organismes complémentaires à la Sécurité Sociale et devant comporter : les frais engagés, le remboursement Sécurité Sociale, et le remboursement complémentaire. Tout autre justificatif peut être demandé pour le règlement des prestations.

- ! **Hospitalisation ou soins ambulatoires** : remboursement dans la limite du forfait annuel, hors forfait journalier. Sont exclus tous les frais annexes (télévision, repas, téléphone...)
- ! **Optique** : remboursement dans la limite du forfait annuel pour un équipement optique prescrit ou chirurgie oculaire.

Remboursement des lentilles sur présentation d'une ordonnance datant de moins de 3 ans.

! **Dentaire** : remboursement dans la limite du forfait annuel pour les prothèses, implants et pour l'orthodontie, hors soins dentaires, selon la codification de la CCAM dentaire.

! **Appareillage auditif** : remboursement dans la limite du forfait annuel.

! **Médecines douces** : forfait par séance avec un maximum de 3 par an.

! **Accouchement** : après une période de carence obligatoire de 12 mois et uniquement si l'enfant est inscrit au dossier, sur présentation d'une fiche d'état civil portant filiation de l'enfant et d'un justificatif de prise en charge par un régime de protection sociale français par l'un des parents. En cas de naissances multiples, ce forfait est proportionnel au nombre d'enfants. Il sera versé au 7ème mois d'inscription.



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 et après remboursement de tous les organismes complémentaires, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par l'assureur.
- Justifier d'une couverture « complémentaire santé » prenant en charge des prestations au-delà du 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur.
- 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 Sécurité sociale et après remboursement de tous les organismes complémentaires.
- Informer l'assureur des événements suivants, dans les quinze jours qui suivent la connaissance qu'il a de l'un de ces événements : changements 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 coordonnées bancaires.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance mensuellement, le 10 du mois, par prélèvement.

Les remboursements des prestations sont effectués uniquement par virement bancaire.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée au Certificat d'adhésion.

L'adhésion prend effet le 1er du mois si la demande parvient pour le 15 du mois en cours, à défaut elle se fera le 1er jour du mois suivant.

Lors de la naissance d'un enfant, aucun délai de stage ne lui sera appliqué s'il est inscrit le 1er du mois de l'événement, sinon une carence de 3 mois sur les forfaits est appliquée.

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).

Le contrat est souscrit dans le cadre de l'année civile et se renouvelle par tacite reconduction chaque année du 1er janvier au 31 décembre, dans les cas et conditions fixées au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- À réception de l'avis d'échéance annuel, vous disposez d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction ;
- Après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités. La dénonciation de l'adhésion ou la résiliation prend effet à la fin du mois qui suit la réception par la mutuelle de la notification par l'adhérent. La notification de la dénonciation ou de la résiliation peut être effectuée, au choix de l'adhérent : soit par lettre ou tout autre support durable ; soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle ou de l'union ; soit, lorsque la mutuelle propose la conclusion de contrat ou l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ; soit par tout autre moyen prévu par le contrat ou le règlement mutualiste.