

Assurance Complémentaire Santé



Document d'information sur le produit d'assurance

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

Produit : GARANTIES OPTIONS ESSENTIEL – CONFORT - PREMIUM

Mise à jour : 01/12/2025

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 remboursements 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 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 ?

Le ticket modérateur est remboursé à 100 % + des prestations forfaitaires en fonction de l'option choisie. 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 SYSTEMATIQUEMENT PREVUES dans la limite de l'option choisie :

- ✓ **Hospitalisation ou soins ambulatoires y compris actes d'anesthésie/chirurgie (ADA/ADC) réalisés en cabinet** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, Forfait patient Urgence, chambre particulière.
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Consultations, visites médecins, examens médicaux, auxiliaires médicaux, radiologie, pharmacie à service médical rendu (SMR) élevé ou modéré (remboursés à 65%, 30% et 15 % par la Sécurité sociale), transport.
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact prescrites, chirurgie oculaire au laser.
- ✓ **Frais acoustique** : audioprothèses remboursés par la Sécurité sociale.
- ✓ **Frais dentaires** : Soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie, parodontologie.
- ✓ **Appareillages** : petits appareillages, orthèses, remboursés par la Sécurité sociale.
- ✓ **Médecines douces** : 3 séances par an et par bénéficiaire dans la limite fixée par l'option retenue et sur présentation de facture.
- ✓ **Soins de prévention définis par la sécurité sociale** : densitométrie osseuse,
- ✓ **Cure thermale prise en charge par la sécurité sociale** : transport, hébergement.

LES DISPOSITIONS DU 100% SANTE (RESTE A CHARGE ZERO) telles que définies réglementairement sur les postes OPTIQUE-DENTAIRE-AUDITIF

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 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 actes codifiés non OPTAM ou non OPTAM-CO (médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée) subissent un abattement de 20 % sur la BRSS et un plafond de remboursement dans la limite de 100% de la BRSS, conformément à la réglementation en vigueur.
- ! Les dépassements non pris en charges : pour les visites à domicile non reconnue par la sécurité sociale (sans indemnité de déplacement), pour les actes médicaux tels que kinésithérapie, soins infirmiers, soins et radiologies dentaires.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

Les garanties des options B-C-D prennent effet immédiatement à condition d'avoir adhéré pendant un an à un autre régime complémentaire. Le contrat doit être en continuité du précédent et un certificat de radiation datant de moins de 2 mois devra le justifier. A défaut, une période de franchise, dite de carence de 3 mois sera appliquée sur les prestations forfaitaires, sauf pour les actes 100% santé et le ticket modérateur qui seront remboursés sans carence.

- ! **Hospitalisation (sauf long séjour) ou soins ambulatoires** : forfait annuel uniquement pour les établissements conventionnés par la Sécurité Sociale, pouvant comprendre la chambre particulière, les dépassements d'honoraires. Les actes non OPTAM ou non OPTAM-CO (médecin n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée) subissent un abattement de 20 % sur la BRSS et un plafond de remboursement dans la limite de 100% de la BRSS, conformément à la réglementation en vigueur, le lit

d'accompagnement ou la pension d'un parent dans un centre agréé spécialisé pour les enfants de moins de 12 ans. Sont exclus tous autres frais (repas, télévision, téléphone...)

! **Médecines douces** : forfait par séance avec un maximum de 3 par an, sur présentation de la facture du professionnel de santé.

! **Optique** : Forfait, ticket modérateur inclus et en fonction de l'option choisie, pour un équipement (2 verres et une monture) de classe B pour 2 ans dont 100 € maximum pour la monture, sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.

! **Dentaire** : prise en charge limitée selon l'option retenue.

! **Appareillage auditif** : remboursement limité tous les 4 ans et par oreille selon l'option retenue. La période s'entend à partir de la date d'achat du dernier équipement.

! **Forfait accouchement** : selon l'option choisie, après une période de carence obligatoire d'inscription 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 la sécurité sociale français par l'un des parents.



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. Le soin devant être accepté par la Sécurité Sociale.



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.
- 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.
- 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 par virement uniquement.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée sur le bulletin d'adhésion.

L'adhésion prend effet le 1^{er} du mois si la demande parvient pour le 15 du mois en cours, à défaut elle se fera le 1^{er} jour du mois suivant, ou à la date de résiliation de l'organisme précédent dans la cadre de la résiliation infra-annuelle.

Lors de la naissance d'un enfant, aucun délai de stage ne lui sera appliqué s'il est inscrit au jour de sa naissance, au plus tard dans le mois qui suit 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 1^{er} 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.