

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 OPTION B-C-D**

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** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, 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.
- ✓ **Ostéopathie** : 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 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 hors CAS, hors OPTAM et hors OPTAM-CO subissent un abattement de 20% sur les remboursements forfaitaires.
- ! 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. Seul le montant du ticket modérateur sera pris en charge.

- ! **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, le lit d'accompagnement ou la pension d'un parent dans un centre

agrée spécialisé pour les enfants de moins de 12 ans. Sont exclus tous autres frais (repas, télévision, téléphone...)

! **Optique** : Forfait, ticket modérateur inclus et en fonction de l'option choisie, pour un équipement (2 verres et une monture) pour 2 ans dont 150 € maximum pour la monture, période réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.

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

! **Appareillage auditif** : remboursement limité par an et par bénéficiaire selon l'option retenue.

! **Médecine douce** : uniquement l'ostéopathie.

! **Maternité / Adoption** : prime de naissance 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 ou sur présentation du jugement d'adoption 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.

Lors de la naissance d'un enfant, aucun délai de stage ne lui sera appliqué s'il est inscrit le 1^{er} du mois de l'événement.

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 la date d'échéance annuelle du contrat, en nous adressant une lettre recommandée au plus tard le 30 novembre.

Assurance Sur 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 OPTION F**

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 concernent 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 SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **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.
- ✓ **Ostéopathie** : 2 séances par an et par bénéficiaire dans la limite fixée par l'option.
- ✓ **Soins de prévention** : densitométrie osseuse.
- ✓ **Maternité/adoption** : 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.
- ! 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 des option F 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 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 et pour l'orthodontie, hors soins dentaires.
- ! **Appareillage auditif** : remboursement dans la limite du forfait annuel.
- ! **Ostéopathie** : 2 séances par an et par bénéficiaire, à hauteur de 10 € maximum par séance.
- ! **Maternité (si inscription de l'enfant à la naissance)** : après une période de carence obligatoire de 12 mois, 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.
- ! **Adoption (si inscription de l'enfant à son adoption)** : après une période de carence obligatoire de 12 mois, sur présentation du jugement d'adoption pour un enfant mineur. Le forfait 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 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.
Lors de la naissance d'un enfant, aucun délai de stage ne lui sera appliqué s'il est inscrit le 1^{er} du mois de l'événement.
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 la date d'échéance annuelle du contrat, en nous adressant une lettre recommandée au plus tard le 30 novembre.