



Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur un produit d'assurance

Assureur : Mutuelle des Sapeurs Pompiers du GERS –

Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité n° SIREN : 326 313 764

Produit : MSP du GERS - garanties responsables

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du règlement mutualiste. 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 annexé.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Cette complémentaire santé est destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de l'Assurance maladie obligatoire. Le produit respecte les conditions légales des contrats solidaires et responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui figurent dans le tableau de garanties annexé. Ils ne peuvent pas être plus élevés que les dépenses engagées. Une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ Soins courants et prescriptions médicales : consultations médecin, analyses et examens médicaux, auxiliaires médicaux, pharmacie à Service Médical Rendu (SMR) important prise en charge à 65 % par l'Assurance maladie obligatoire, pharmacie à SMR modéré et faible (remboursée à 30 % et 15 % par l'Assurance maladie obligatoire)
- ✓ Appareillage remboursé par l'Assurance maladie obligatoire : audioprothèses, prothèses et orthèses
- ✓ Hospitalisation et maternité : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier
- ✓ Transport sanitaire
- ✓ Frais optiques : monture et/ou verres, lentilles remboursées par l'Assurance maladie obligatoire, lentilles refusées, chirurgie correctrice de l'œil
- ✓ Frais dentaires : soins dentaires, prothèses dentaires, orthodontie acceptée par l'Assurance maladie obligatoire, implant dentaire, parodontologie
- ✓ Cures thermales

LES GARANTIES NON SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✗ Dépassements d'honoraires
- ✗ Indemnité de naissance
- ✗ orthodontie refusée
- ✗ automédication, contraception.

SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Assistance santé et assistance à l'étranger.
- ✓ Réseau de partenaires opticiens, dentistes, audioprothésistes et ostéopathes.

SERVICES NON SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✗ Assistance santé renforcée.
- ✗ Protection juridique : recours médical, mesures de protection d'un proche, handicap et dépendance.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Soins reçus en dehors de la période de couverture
- ✗ Soins non remboursés par l'Assurance maladie obligatoire (sauf mention contraire)
- ✗ Indemnités versées en complément de l'Assurance maladie obligatoire en cas d'arrêt de travail
- ✗ Séjours en établissement de personnes âgées, dans les ateliers thérapeutiques, dans les instituts médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel et dans les services de longs séjours
- ✗ Forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux

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

- ! Exclusions du contrat responsable
- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transports
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins coordonnés
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée

Autres exclusions

- ! Les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

Les remboursements sont soumis à des limitations de fréquence qui figurent dans le tableau de garanties.

Optique : limitée à un équipement optique tous les deux ans (sauf évolution de la vue ou pour les mineurs).

Chambre particulière : limitée en médecine, convalescence et établissements spécialisés à 60 jours/année civile, en psychiatrie : 45 jours/année civile. Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.



Où suis-je couvert(e) ?

Garantie santé dans le monde entier. Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement est conditionné à l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire française et se fait sur la base de remboursement de celle-ci, quelle que soit la dépense engagée.

Garantie assistance : en France métropolitaine, à Monaco ou dans les départements et régions d'Outre-Mer et dans le monde entier pour l'Assistance à l'étranger.



Quelles sont mes obligations ?

À l'adhésion

- ✓ M'engager à renseigner avec précision et exactitude les informations demandées sur le bulletin d'adhésion qui permettent à la mutuelle une mise en œuvre précise des garanties souscrites.
- ✓ Fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle.

En cours de garantie

- ✓ Transmettre les originaux des décomptes de prestations délivrés par l'Assurance maladie obligatoire (sauf en cas de télétransmission) et les justificatifs des dépenses engagées (sauf tiers payant intégral) ou autres justificatifs nécessaires pour obtenir le paiement des prestations prévues au tableau de garanties.
- ✓ Faire parvenir les demandes de remboursement à la mutuelle dans un délai de deux ans suivant la date de décompte de l'Assurance maladie obligatoire ou, le cas échéant de la facture.
- ✓ Faire à la mutuelle, dans les délais les plus brefs, une déclaration d'accident sur le formulaire remis à cet effet, soit par l'Assurance maladie obligatoire, soit par la mutuelle.
- ✓ Déclarer à la mutuelle, dans un délai d'un mois à compter de sa survenance, tout changement de domicile, de situation familiale ou de situation au regard des régimes d'Assurance maladie obligatoires français, ce qui peut entraîner la modification de la cotisation.
- ✓ Régler la cotisation (ou fraction de cotisation), sous peine de suspension des garanties.



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est due pour l'année civile et payable d'avance.

Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique.

Le paiement peut être fractionné au mois (par prélèvement automatique uniquement), au trimestre, au semestre.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion au règlement mutualiste prend effet à la date convenue d'un commun accord et indiquée au bulletin d'adhésion pour une durée allant jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours. Elle est renouvelée chaque année, par tacite reconduction pour une durée d'un an, sauf dénonciation par l'adhérent de son adhésion dans les cas et conditions fixées au règlement mutualiste.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Je peux mettre fin à mon adhésion au règlement mutualiste :

- ✓ chaque année, avant le 31 octobre de l'année, en adressant à la mutuelle une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique avec accusé de réception, ce dernier devant satisfaire aux exigences de l'article L.100 du code des postes et télécommunications électroniques (pour prise d'effet au 31 décembre de cette même année).
- ✓ chaque année lors du renouvellement de l'adhésion, dans les vingt jours après envoi de l'appel de cotisation (cachet de la Poste ou horodatage certifié faisant foi), par lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique, ce dernier devant satisfaire aux exigences de l'article L100 du code des postes et télécommunications électroniques.
- ✓ si j'adhère au contrat collectif à adhésion obligatoire de mon employeur ou en cas d'attribution de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou en cas de perte du bénéfice du régime d'assurance obligatoire français, dans les conditions fixées au règlement mutualiste.