Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance (DIPA/IPID)
MIPSS Auvergne – régie par les dispositions du livre 2 du code de la mutualité
Produit : Garantie Santé

SIREN n° 779 209 469
v24.01.26

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.

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**, dont celles inhérentes au **dispositif « 100% Santé »**.

Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds 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

- ✓ **Hospitalisation et maternité :** Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport, supplément pour chambre particulière
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales :** Consultations, visites médecins, examens médicaux, auxiliaires médicaux, pharmacie à service médical rendu (SMR) élevé ou modéré (remboursée à 65% et 30% par la Sécurité Sociale), médicaments homéopathiques.
- ✓ **Frais optiques :** Lunettes (monture et verres), lentilles de contact, chirurgie réfractive.
- ✓ **Frais dentaires :** soins dentaires (consultations et actes, d'imagerie médicale), orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale, prothèses dentaires remboursées par la Sécurité Sociale et inlay core.
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale :** aides auditives, prothèses et orthèses, prothèses capillaires.
- ✓ **Garantie indemnité obsèques :** indemnité versée à la personne ayant réglé les frais d'obsèques de l'assuré.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ **Devis** dentaire, optique ou audioprothèses.
- ✓ **Prises en charge** de séjour en établissement de soins.
- ✓ **Tiers payant** sur honoraires, pharmacie, hospitalisation, analyses et autres actes de soins, sous réserve d'accord du professionnel ou d'obligation réglementaire.
- ✓ **Deuxième avis** avant une décision médicale importante.

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Assistance Santé.
- ✓ Protection Juridique Santé.

LES GARANTIES OU SERVICES OPTIONNELS

- ✓ **Aucune garantie, aucun service** n'est optionnel.

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**
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médico-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD)
- ✗ La **chirurgie esthétique** non prise en charge par la Sécurité Sociale

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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! Les participations forfaitaires et les franchises sur les boites 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**.
- ! Les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Hospitalisation et maternité** : dépassements d'honoraires non pris en charge ; limitation au ticket modérateur de la prise en charge des frais d'hospitalisation pendant les 3 premiers mois suivant l'adhésion.
- ! **Chambre particulière** : prise en charge après 3 mois d'adhésion, dans la limite de 40 jours par année mobile et de 25,00 EUR par jour.
- ! **Homéopathie** : prise en charge après 3 mois d'adhésion, dans la limite de 2,50 EUR par dose ou tube prescrits.
- ! **Optique** : prise en charge des dépassements hors 100% Santé après 3 mois d'adhésion et limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Prothèses dentaires** : prise en charge des dépassements hors 100% Santé après 3 mois d'adhésion.
- ! **Aides auditives :** prise en charge des dépassements hors 100% Santé après 3 mois d'adhésion, plafonnée à 550 EUR et limitée à un équipement par période de 4 ans (par oreille).

Où suis-je couvert ?

- En France.
- Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement est calculé sur la base du remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, 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 la mutuelle,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle,
- 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 la mutuelle, dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins par le régime obligatoire de Sécurité sociale
- Informer la mutuelle, dans le mois suivant la connaissance de l'un de ces événements : changement d'adresse, modification de la composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité, changement de situation socio-professionnelle (cette dernière pouvant avoir une incidence sur le montant de la cotisation).

Quand et comment effectuer les paiements ?

- Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée dans le contrat.
- Un paiement fractionné mensuel (avec le choix entre deux dates), par prélèvement automatique, est toutefois la règle.

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. 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 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 fixées au contrat.

Comment puis-je résilier le contrat ?

Il est possible de mettre fin au contrat

- à la date d'échéance principale du contrat, en adressant la demande à la mutuelle au moins deux mois avant cette date,
- en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis,
- en cas de révision des cotisations, en adressant la demande à la mutuelle dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification,
- en cas de modification du contrat suite à une évolution réglementaire, en adressant la demande à la mutuelle dans le délai de 30 jours à compter de la proposition de modification du contrat par la mutuelle,
- à tout moment, sans frais, ni pénalité, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, soit par lettre, soit par tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du code de la mutualité.