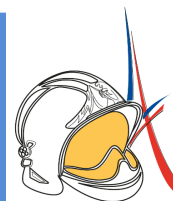


# Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance.

Mutuelle : Mutuelle des Sapeurs-Pompiers de Paris – Mutuelle immatriculée en France et régie par le Code de la Mutualité SIREN n° 391 036 183

Produit : MSPP santé



Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans le règlement mutualiste. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

## De quel type de complémentaire santé s'agit-il ?

La mutuelle est destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge du membre participant 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 ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds convenus et figurent dans le tableau des 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.
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : consultations, visites médecins, examens médicaux, auxiliaires médicaux.
- ✓ **Frais optiques** : lunettes (monture et verres), lentilles de contact prises en charge par la sécurité sociale.
- ✓ **Frais dentaires** : soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie remboursée par la sécurité sociale.
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité Sociale** : audioprothèse, prothèses et orthèses.

#### LES GARANTIES SUPPLEMENTAIRES

- ✓ Chambre particulière, frais accompagnant (pour enfant mineur et handicapés de moins de 20 ans).
- ✓ Implants dentaires.
- ✓ Chirurgie réfractive, lentilles non remboursées par la sécurité sociale
- ✓ Médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, étiope).)
- ✓ Consultation de psychologue.
- ✓ Médicaments non remboursés par la sécurité sociale sur prescription médicale.
- ✓ Substituts nicotiques
- ✓ Amniocentèse
- ✓ Fécondation in vitro

#### L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Aide familiale et ménagère sous réserve d'une prise en charge par un organisme social.



### 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.
- ✗ La chirurgie esthétique, les séjours dans les établissements non pris en charge par la sécurité sociale.
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes.



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

#### PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! 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.

#### PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans, réduite à 1 an en cas d'évolution de la vue à compter de la date de facturation. Pour les enfants de moins de 16 ans, la prise en charge est limitée à un équipement par an, à compter de la date de facturation.
- ! **Médecine douce** : prise en charge limitée à 40 € par consultation / 3 consultations par bénéficiaire / an (ostéopathe, chiropracteur, étiope).
- ! **Pharmacie non remboursée** : prise en charge limitée à 75 € / contrat / an.
- ! **Consultation de psychologue** : prise en charge limitée à 40 € par consultation / 3 consultations par bénéficiaire / an



## Où suis-je couvert (e) ?

- ✓ En France.
- ✓ A l'étranger, sous réserve d'une prise en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire français.



## 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 et 3 mois suivant la date des soins.
- Informer le secrétariat de la mutuelle de tous changements de situation : changement d'adresse, de numéro de téléphone, d'email, modification de situation matrimoniale, changement de coordonnées bancaires, changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et en cas d'accident avec un tiers.



## Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance. Elles se font par prélèvement automatique mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel. Elles peuvent également se faire par chèque semestriellement ou annuellement.



## Quand commence la couverture santé et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord, et est indiquée au bulletin d'adhésion. L'adhérent dispose d'un droit de renonciation qu'il doit exercer dans le délai de trente jours calendaires révolus, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir à compter du jour où il a adhéré à distance ou à compter du jour où il a reçu ses documents contractuels (si cette date est postérieure à la date à laquelle il a adhéré).

L'adhésion aux statuts mutualistes de la MSPP produit ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours et est renouvelée chaque année par tacite reconduction sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

Les adhérents à un contrat santé à tacite reconduction pourront le résilier à tout moment sans frais ni pénalité, après expiration d'un délai d'un an d'adhésion à celui-ci, le souscripteur ne pourra résilier son contrat avant. Cette demande pourra se faire par lettre ou tout autre support durable.

Il est également possible de mettre fin au contrat par lettre recommandée avec accusé de réception :

- après être devenu salarié d'une entreprise publique ou privée qui propose un régime de protection sociale obligatoire. La résiliation prendra effet au premier jour du mois suivant avec justificatif ;
- au plus tard, au moins un mois avant la fin de chaque année civile pour être effective au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.