

Assurance complémentaire santé – DISPOSITIF « PASS MUTUELLES »

Document d'information sur la garantie complémentaire santé DISPOSITIF « PASS MUTUELLES » de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur

Groupe France Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité et au contrôle de l'ACPR, Immatriculée en France sous le n° de SIREN 784 492 084. Siège social : 56 rue de Monceau, 75 008 Paris.



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 cette garantie dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement sont détaillés dans le tableau des prestations.

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

DISPOSITIF « PASS MUTUELLES » DE LA REGION PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR est un contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'Association Concept Prévoyance Santé dite ACPS auprès de Groupe France Mutuelle. Ce contrat est destiné 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 du régime obligatoire français. Il est réservé aux membres de l'Association Concept Prévoyance Santé dite ACPS. Ces membres doivent être étudiants boursiers de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur respectant les conditions d'obtention de l'aide « PASS MUTUELLES » et doivent adhérer à l'association ACPS.

Ce produit comporte 5 niveaux de garanties santé et n'est soumis à aucun délai d'attente. Le premier niveau couvre en dehors des prescriptions du cahier des charges du contrat responsable. Les autres niveaux respectent les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau des prestations. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

LES PRESTATIONS SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Soins courants:** Honoraires généraliste et spécialiste DPTM ou hors DPTM, acte techniques médicaux, acte d'imagerie et acte d'échographie, actes médicaux réalisés en cabinet DPTM ou hors DPTM, analyses et examen de laboratoire, honoraires paramédicaux, médicaments pris en charge par la sécurité sociale, forfait pilule contraceptive non pris en charge par la Sécurité sociale ou forfait préservatifs masculins, matériel médical, psychologue pris en charge par la sécurité sociale, participation grand appareillage, frais de transport et soins à l'étranger.
- ✓ **Hospitalisation (en établissements conventionnés) :** Honoraires chirurgien et anesthésiste DPTM ou hors DPTM, frais de séjour et forfait journalier hospitalier.
- ✓ **Dentaire :** Soins et prothèses 100% Santé, soins (paniers à tarifs libres ou maîtrisés), prothèses (paniers à tarifs libres ou maîtrisés) y compris Inlay-Onlay et orthodontie prise en charge par la sécurité sociale.
- ✓ **Optique** Equipements (monture et verres) 100% Santé, équipements (monture et verres) hors panier 100% Santé, suppléments et prestations optiques pris en charge par la sécurité sociale, lentilles de contact prises en charge par la sécurité sociale.
- ✓ **Aides auditives :** Equipements 100% Santé, équipements hors panier 100% Santé pris en charge par la Sécurité sociale.
- ✓ **Prévention:** Forfait médecines alternatives (Ostéopathe...).

LES PRESTATIONS PREVUES SELON LE NIVEAU DE GARANTIES SOUSCRIT

- Participation forfaitaire, actes techniques supérieurs à 120 euros
- Lentilles Non prises en charge par la Sécurité sociale
- actes de prévention pris en charge par la sécurité sociale.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Analyse et délivrance de devis (optique, dentaire, audioprothèses)
- ✓ Télétransmission
- ✓ Tiers payant sur le ticket modérateur
- ✓ Réseau de soins Optique: Pratique du tiers payant et tarifs négociés chez les opticiens appartenant au réseau

(suite au verso)



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les indemnités de perte de salaire versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ La chambre particulière n'est pas prise en charge en cas d'hospitalisation
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués dans les unités ou centres de long séjour
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements médicaux-sociaux incluant les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD) ainsi que le forfait journalier facturé dans le cadre de l'accueil familial thérapeutique



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 dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Optique :** Prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 CSS, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.
- ! **Aide auditive :** remboursement limité à 1 aide par oreille tous les 4 ans.
- ! **Prévention :** Le remboursement du forfait médecines alternatives est effectué par acte et dans la limite d'un forfait annuel différent suivant le niveau de garanties choisi.

- ✓ Espace Adhérent:
 - visualisation et téléchargement des remboursements
 - recensement des professionnels de santé pratiquant le tiers payant et/ou appartenant au réseau de soins Optique.
- ✓ Action culturelle: accès à un spectacle par mois à Paris et au magazine France Mutuelle (trimestriel).
- ✓ Protection juridique santé

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Services à la personne, accompagnement psycho-social, second avis médical, téléconsultation médicale...

Les prestations et services précédés d'une coche ✓ sont systématiquement prévus au contrat.

RESTRICTIONS DANS LE CADRE D'UN CHANGEMENT DE NIVEAU DE GARANTIES

! Changement de niveau de garantie possible au 1^{er} janvier de chaque année voire en cours d'année, au terme d'un délai de 12 mois d'adhésion (se référer à la fiche d'information).

Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger : Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement ne se fait qu'en complément du régime obligatoire français et sur sa base de remboursement (hors assistance).

Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion par la mutuelle;
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle (*Photocopie de la pièce d'identité, attestation d'affiliation à l'assurance maladie de moins de 3 mois, relevé d'identité bancaire, mandat SEPA...*);
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée à l'échéancier.

En cours de contrat :

- Régler la fraction de cotisation indiquée à l'échéancier ;
- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues par la notice d'information ;
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date du décompte du régime obligatoire;
- Informer la mutuelle en cas de survenance de l'un des évènements suivants : changement d'adresse (variation de cotisations selon le lieu de résidence), modification de sa composition familiale (naissance, mariage, divorce, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité

Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, trimestriellement, semestriellement ou mensuellement.

Les paiements peuvent être effectués par prélèvement automatique ou par chèque.

Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée aux conditions particulières (attestation d'adhésion).

En cas de contrat conclu à distance (vente en ligne, vente téléphonique), l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la date d'effet du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date d'effet du contrat).

Le contrat est conclu pour une période allant jusqu'au 31 décembre de l'année de sa prise d'effet. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année sauf résiliation ou cessation des garanties dans les cas et conditions fixés par la notice d'information.

Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à la date d'échéance principale du contrat (31 décembre), en nous adressant une lettre ou autre support durable au moins deux mois avant cette date
- à tout moment après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités,
- en cas de modification(s) de vos droits et obligations (voir notice d'information)
- en cas d'affiliation à une mutuelle d'entreprise obligatoire, d'un départ à l'étranger de plus d'un an ou d'une naissance (voir notice d'information).