

Garantie Complémentaire Santé

Document d'information sur la garantie complémentaire santé de :
MUTUELLE du PERSONNEL de la BANQUE POPULAIRE du SUD, Mutuelle immatriculée en France et régie par
le Code de la Mutualité – 442 634 564 : 38, boulevard Georges Clémenceau 66966 PERPIGNAN Cedex 09
Produit : Garantie Complémentaire santé MBPS (maintien de garantie loi Evin)



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

Ce 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 ?

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 GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : Honoraires (avec ou sans dépassement), frais de séjour, forfait journalier hospitalier et chambre particulière, frais accompagnant pour enfant et adulte, transports
- ✓ **Soins courants et pharmacie** : Consultations et visites médecins (avec ou sans dépassement), examens médicaux, auxiliaires médicaux, biologie, radiologie, pharmacie à service médical rendu (SMR) élevé ou modéré (remboursés à 65% et 30% par la Sécurité sociale), vaccin anti grippe
- ✓ **Médecines complémentaires** : Consultations ostéopathes, chiropracteurs, acuponcteurs, sophrologues, homéopathes, diététiciens, psychomotricien, micro-kiné et psychologues.
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (dont 100% santé), lentilles de contact, Chirurgie réfractive
- ✓ **Frais dentaires** : Soins dentaires et prothèses dentaires remboursés par la Sécurité Sociale (dont prothèses 100% santé), implantologie, orthodontie prise en charge par la Sécurité Sociale
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : petit appareillage et dispositifs médicaux, prothèses et orthèses, audioprothèses (dont aides auditives 100% santé)
- ✓ **Cures thermales** : cures acceptées par la Sécurité Sociale, forfait hébergement & transport
- ✓ **Forfait de participation aux frais d'obsèques**

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Tiers-payant National (soumis à volonté du professionnel de santé)
- ✓ Réseau de soins KALIXIA (tiers payant et réduction tarifaire chez les opticiens, et audioprothésistes partenaires),
- ✓ Services numériques : site www.notre-mutuelle.fr, alertes sms, application mobile

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 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 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

- ! **Hospitalisation** : Frais accompagnant adulte limités à 3 jours
- ! **Pharmacie** : Médicaments à 15%, médicaments non remboursés par la Sécurité sociale
- ! **Optique** : prise en charge soumise à limite de fréquence à compter de la date d'achat d'un précédent équipement : 2 ans pour l'assuré de 16 ans & plus, 1 an pour l'assuré de moins de 16 ans. Renouvellement anticipé prévu par la réglementation en vigueur.
- ! **Dentaire** : prise en charge limitée à 2.500 euros par période d'1 an appréciée de date à date (sauf 100% santé), implantologie limitée à 3 implants par période d'1 an appréciée de date à date et à 500 € par implant
- ! **Appareillage auditif** : remboursement limité à 1 appareil par oreille et par période de 4 ans.
- ! **Médecine douce** : 3 séances par an et par bénéficiaire dans la limite de 75 € par an et par bénéficiaire



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.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat:

- Remplir avec exactitude le contrat d'adhésion 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 et au calcul de la cotisation annuelle,
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale
- Informer la mutuelle des événements suivants:
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



Comment régler mes cotisations ?

Les cotisations sont annuelles, alignées sur l'année civile, et généralement calculées en % des revenus de retraites (ou autres revenus de remplacements) de l'adhérent.
Elles sont payables mensuellement par prélèvement automatique sur le compte bancaire de l'adhérent.



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. Elle ne peut excéder de plus de 6 mois la date de sortie du contrat collectif des actifs, dont la présente garantie est la continuité (dans le cadre des dispositions loi Evin).

En cas d'adhésion conclue 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 l'adhésion).

L'adhésion est conclue pour une durée minimale d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale fixée au 31/12, sauf résiliation par l'une des parties 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 principale du contrat, en nous adressant une lettre recommandée au moins deux mois avant cette date,
- après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités. La dénonciation prend effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification.