

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur un produit d'assurance

Assureur : MEMF – n° SIREN : 438 804 312

Produit : Contrat MEMF



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 varient en fonction du niveau de garantie choisi et 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) prise en charge à 65 %, 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
- ✓ Frais dentaires : soins dentaires, prothèses dentaires, orthodontie acceptée par l'Assurance maladie obligatoire, bonification des garanties dans le réseau

LES GARANTIES NON SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✗ Dépassements d'honoraires
- ✗ Chambre particulière, frais d'accompagnant, indemnité de naissance
- ✗ Chirurgie correctrice de l'œil, lentilles refusées.
- ✗ Implant dentaire, parodontologie et orthodontie refusée
- ✗ Ostéopathes, psychologues, automédication, contraception.
- ✗ Cures thermales

SERVICES PRÉVUS

Assistance santé.

Audioprothésistes et ostéopathes.



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 varient en fonction du niveau de garantie choisi et 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).

Dentaire : prise en charge globale des inlays-onlays, prothèses au- delà du ticket modérateur et implants limités à 700€ par an et à 2 par an.

Audioprothèse : remboursement au-delà du ticket modérateur limité à un appareil par période de 4 ans.

Chambre particulière : limitée à 60 nuits par an pour la psychiatrie.



Où suis-je couvert(e) ?

Garantie santé en France (Y compris départements et régions d'Outre-Mer). 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



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 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 mensuellement.
Les paiements sont effectués par prélèvement automatique.



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 sur le bulletin d'adhésion pour une durée minimale d'un an. 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 présent contrat :

- la première année, deux mois avant la date anniversaire selon les modalités définies ci-après,
- en tant qu'adhérent, dans un délai de 30 jours après information d'une modification de mes droits et obligations constatée par avenant signé des parties au contrat collectif, selon les modalités définies ci-après,
- en cours d'année, après l'expiration d'un délai d'adhésion minimal de 12 mois à compter de la prise d'effet de mon adhésion au contrat, pour une résiliation effective un mois après que la mutuelle en a reçu notification, en notifiant à la mutuelle ma volonté de résilier par l'un des moyens suivants :
 - soit par lettre ou tout autre support durable ;
 - soit par une déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle ;
 - soit par un acte extrajudiciaire ;
 - soit, lorsque la mutuelle propose l'adhésion au contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
 - soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

La mutuelle atteste par écrit la réception de la notification de résiliation.