

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Distribué et géré par MILLIGESTION - 1 Bis boulevard Faidherbe 59400 CAMBRAI - intermédiaire en assurances immatriculé à l'ORIAS numéro 07000616 (www.orias.fr)

Assuré par : MMC, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée sous le n° SIREN 778542852

Produit : SERVICE PUBLIC SANTE

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 la documentation précontractuelle et contractuelle.

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

Cette complémentaire santé est destinée à assurer le remboursement de tout ou partie des frais de santé restant à charge de l'adhérent (travaillant dans la fonction publique territoriale) ou des éventuels bénéficiaires en cas de maladie, d'accident ou de maternité en complément de la sécurité sociale française. Ce produit respecte 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 de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que la dépense engagée, et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

✓ **Hospitalisation et maternité** : Honoraires chirurgicaux et médicaux, Frais de séjour et de transport, Forfait hospitalier, Forfait Franchise actes lourds, Chambre particulière en séjour illimitée en médecine et chirurgie et limité à 30 jours par an en psychiatrie et 90 jours par an en rééducation fonctionnelle, maison de repos, de convalescence, moyen séjour, Chambre particulière en ambulatoire limitée à 10 jours par an, Frais d'accompagnant d'enfant, Frais de télévision en chirurgie et en médecine (1.52€/jour – Maxi 152.45€/an), Forfait naissance

✓ **Médecine et soins de ville** : Consultations, visites médecins généralistes ou spécialistes, Pharmacie remboursée ou non par le RO (prescrite), Auxiliaires médicaux, Analyses/Radiologie, Actes technique médicaux

✓ **Dentaire** : Soins / prothèses dentaires, Orthodontie remboursée par le RO

✓ **Optique** : Monture, verres simples /complexes / très complexes, Lentilles remboursées ou non par le RO

✓ **Auditif**

✓ **Cures thermales + Forfait**

✓ **Appareillage et Grand appareillage**

✓ **Garanties nouvelles** : acte d'acupuncture, d'ostéopathie, d'homéopathie, d'étiopathie, de chiropractie, podologue, acte d'ostéodensitométrie, vaccins non pris en charge par le RO (prescrit), produits d'homéopathie et de phytothérapie

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

✓ **Tiers payant**, via le réseau Viamédis (dispense d'avance de frais chez de nombreux professionnels de santé) ;

✓ **Espace Clients**

✓ **Assistance** : En cas d'hospitalisation – Aide à domicile, assistance en cas d'accident, prise en charge complémentaire ou avance des dépenses de santé engagées à l'étranger

✓ **Dépendance** : Capital en cas de dépendance totale

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
- ✗ L'indemnisation versée en complément de la sécurité sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ Les soins non remboursés par l'assurance maladie obligatoire (sauf mention contraire)
- ✗ Les séjours en établissements médico-sociaux (EHPAD)

Cette liste n'est pas exhaustive



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.
- ! 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, réduite à 1 an pour un mineur de – de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.
- ! Frais d'accompagnant uniquement pour les enfants de moins de 12 ans en médecine et chirurgie
- ! Forfait naissance versé sous réserve de l'ajout de l'ayant droit à l'adhésion
- ! Remboursement dentaire limité au ticket modérateur au-delà du plafond de remboursement prévu selon le niveau de garantie

Cette liste n'est pas exhaustive



Où suis-je couvert ?

✓ La garantie en France Métropolitaine, Corse, DOM et ROM aussi longtemps que vous relevez d'un régime d'assurance maladie de la Sécurité sociale en vigueur en France métropolitaine.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude et signer le bulletin d'adhésion
- Fournir un justificatif attestant de la date d'entrée de l'adhérent dans la fonction publique territoriale
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur

En cours de contrat :

- Nous verser la cotisation due
- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale.
- Informer la mutuelle en cas de changement de situation : changement de domicile, changement de situation ou de régime matrimonial
- Nous informer de toute demande de prestations faisant suite à un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers, l'assureur étant subrogé de plein droit aux bénéficiaires des prestations victimes d'un accident dans leur action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses supportées ;
- Nous informer lorsque vous bénéficiez de prestations de même nature ;
- Nous restituer votre carte de tiers payant qui vous a été remise en cas de cessation des garanties. Toute utilisation abusive de la carte expose son auteur à une action en recouvrement des sommes indûment payées, et le cas échéant à une procédure judiciaire.



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est due pour l'année civile et payable d'avance.

Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique.

Le paiement peut être fractionné au mois, au trimestre, au semestre ou à l'année selon les conditions prévues au Contrat.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion prend effet le 1er du mois en cours indiqué à la demande d'adhésion, dûment signée.

La garantie souscrite jusqu'au 31 décembre de l'année en cours et ensuite tacitement reconduite d'année en année à l'échéance principale le 1er Janvier.

Dans le cadre d'une vente à distance un délai de rétractation de 14 jours est ouvert soit à compter :

- Du jour où l'adhésion a pris effet
- Du jour où vous recevez les conditions d'adhésion et les informations si cette dernière date est postérieure à la prise d'effet de l'adhésion

Dans le cadre du démarchage à domicile, à résidence ou sur le lieu de travail, le délai de renonciation de 14 jours est ouvert à compter de la conclusion du contrat



Comment résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin à votre adhésion :

- Par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception ou l'envoi d'un recommandé électronique, adressée à MILLIGESTION, au 01 Janvier de chaque année moyennant le respect d'un préavis de deux (2) mois.

Les garanties cessent lorsque l'adhérent ne remplit plus les conditions auxquelles le règlement subordonne l'admission.