

Complémentaire Santé Agents Territoriaux

Document d'information sur la garantie Mutuelle

Le contrat « Santé » est assuré par PMIF, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée en France sous le numéro SIREN 785 873 852

La gestion des prestations d'assistance Santé sont garanties par Filassistance International

La gestion des prestations de protection juridique «Préjudis Santé» sont assurées par Covéa Protection Juridique

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. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

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

Le contrat complémentaire Santé Agents Territoriaux permet le remboursement des dépenses de santé suite à une maladie ou à un accident, en complément du régime obligatoire. Le produit respecte les conditions légales des offres labellisées pour les agents territoriaux.



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 les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

- ✓ Hospitalisation (médecine, chirurgie, convalescence) : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, chambre particulière.
- ✓ Soins courants et prescriptions médicales : consultations, visites médecins généralistes et spécialiste, radiographie, pharmacie, laboratoire, auxiliaires médicaux, transport
- ✓ Frais optique : Lunettes (monture et verres) lentilles de contact
- ✓ Frais dentaires : Soins dentaires, prothèses dentaires, inlay-onlay core, orthodontie, implants, parodontologie
- ✓ Appareillages remboursés par la Sécurité Sociale : audioprothèses, prothèses et orthèses, petits et gros appareillages
- ✓ Actes de prévention : densitometrie osseuse, vaccins antigrippal
- ✓ Médecine Douce et actes de confort : Ostéopathie, Chiropractie, Acupuncture, Étio-pathie, Naturopathie, Diététique, Réflexologie, Pédicurie, Sophrologie, Kinésiologie, Hypnose, Psychologue

Les services systématiquement prévus sont les suivants :

- ✓ Tiers payant et remboursements automatisés par télétransmission.
- ✓ Assistance santé Filassistance (24h/7j)
- ✓ Protection Juridique Santé.
- ✓ Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- X Les frais et/ou hospitalisation engendrés par des soins commencés ou prescrits avant l'adhésion.
- X Les frais de séjours : les actes et/ou interventions non pris en charge par les organismes du régime de base obligatoire.



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

- ! La participation forfaitaire d'un euro et les franchises sur les boites 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.
- ! Hospitalisation chirurgicale à caractère esthétique non prise en charge
- ! Les accidents survenus au cours des activités professionnelles

Principales Restrictions

- ! Chambre particulière : remboursement limité en montant et en durée suivant l'option ou la formule choisie.
- ! Optique : remboursement limité à un équipement (monture + 2 verres) tous les deux ans sauf évolution de la vue ou enfant de moins de 16 ans (remboursement possible tous les ans et 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans)
- ! Prothèses dentaires et orthodontie : remboursements limités à un plafond annuel (prothèses remboursées par la Sécurité sociale) et à un nombre d'actes par an (prothèses dentaires et orthodontie non remboursées par la Sécurité sociale) variable suivant la Formule choisie.
- ! Appareillage auditif : remboursement limité à un appareil par an et par oreille.
- ! Médecine non-conventionnelle: remboursement limité à un forfait en euros par an et par bénéficiaire (variable suivant la Formule choisie).



Où suis-je couvert ?

- ✓ La garantie du contrat s'exerce en France métropolitaine, ainsi que dans les DROM
- ✓ 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 ?

- ✓ A la souscription :

Être affilié à un régime obligatoire français d'assurance-maladie.

Remplir avec exactitude la demande d'adhésion et la signer, et fournir l'ensemble des pièces justificatives demandées notamment un justificatif d'appartenance à la collectivité territoriale

- ✓ Durant le contrat :

Payer la cotisation prévue au contrat.

Fournir tout document justificatif nécessaire au paiement des prestations prévues au contrat.

Faire parvenir les demandes de remboursement à la mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date des soins.

Signaler tout changement de situation (régime de sécurité sociale d'une des personnes garanties, changement de domicile ou de situations familiales, etc...) ou de coordonnées bancaires et produire les justificatifs nécessaires du contrat et de la cotisation initialement prévue.



Quand et comment effectuer le paiement des cotisations ?

- ✓ La cotisation est appelée annuellement et payable d'avance à l'assureur selon la périodicité et les termes convenus dans le calendrier de paiement, par chèque ou prélèvement automatique : un paiement fractionné peut être accordé au choix (Semestriel, Trimestriel, Mensuel).



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- ✓ L'adhésion prend effet, à l'égard de l'ensemble des assurés, à la date mentionnée sur le certificat d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite au 1er janvier de chaque année, par tacite reconduction, sauf en cas de résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.
- ✓ En cas de contrat conclu à distance, 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 conclusion du contrat).



Comment puis-je résilier mon contrat ?

Le contrat peut être résilié par lettre recommandée avec accusé de réception :

- ✓ A l'échéance annuelle, au moins deux mois avant la date d'échéance, soit le 31 octobre au plus tard. La démission prend effet au 1er jour de l'année suivante.
- ✓ En cas d'augmentation des cotisations, la loi Chatel vous permet de disposer d'un délai de 20 jours à compter de la date de réception du nouvel avis d'échéance cachet de la poste faisant foi.
- ✓ L'Adhérent, qui bénéficie d'un régime collectif complémentaire santé à adhésion obligatoire par le biais de son entreprise, peut demander sa démission, en cours d'année, sous réserve de la production d'une attestation de l'employeur et de la restitution des cartes de tiers payant en cours de validité. La résiliation de la garantie prend effet au plus tôt au 1er jour du mois qui suit la notification par l'Adhérent de sa demande dûment justifiée.