

SOLIDAIRE POUR
VOTRE BIEN-ÊTRE

Santé et Prévoyance

SURCO

Donnez de la hauteur
à votre mutuelle obligatoire



Barème de prestations

ESSENTIELLE

PRINCIPALE

OPTIMALE

remboursement de la mutuelle

HOSPITALISATION



Dépassement d'honoraires
chirurgicaux, anesthésistes

50 % du BR

75 % du BR

100 % du BR

PRESTATIONS MÉDICALES



Consultations et visites généralistes

4 € / consultation

8 € / consultation

15 € / consultation

Spécialistes (2) (consultations, visites),
Psychiatre ; Psychologue (2)

Plafond de remboursement par assuré et
par année d'adhésion
10 € / consultation puis 20 € /
consultation
à partir de la 2ème année *

30 € / consultation

40 € consultation

ACTES DE SPÉCIALISTES



Cardiologie, Dermatologie, Ophtalmologie,
Gynécologie...

(actes fixés par cotation : Actes médicaux simples ou actes chirurgicaux,
non cumulables avec le remboursement d'une consultation figurant sur
la même feuille de maladie)

15 € / consultation

20 € / consultation

30 € / consultation

OPTIQUE



Forfait annuel sur prescription médicale (1)
(Verres, montures, lentilles acceptées ou refusées)

75 € maxi / an

100 € maxi / an

150 € maxi / an

APPAREILLAGE ET PROTHÈSE (hors dentaires)



Acoustique (forfait annuel /oreille), OU
petit et grand appareillage (forfait annuel)

200 €

200 €

200 €

PROTHÈSES DENTAIRES



Prothèses dentaires (3) (acceptées par le r.o et
inscrites à la nomenclature du r.o) (1)

ou

Orthodontie (3) (acceptées par le r.o)

ou

Implantologie (3)

Plafond maximum de :

100 € /an la 1ère année

200 € /an la 2ème année

300 € /an

à partir de la 3ème année

Plafond maximum de :

150 € /an la 1ère année

275 € /an la 2ème année

400 € /an

à partir de la 3ème année

Plafond maximum de :

150 € /an la 1ère année

300 € /an 2ème année

500 € /an

à partir de la 3ème année

Indemnité Obsèques

(après 12 mois de délai de carence
et souscription possible uniquement
avant le 60ème anniversaire)

150 €

350 €

450 €

Renvois :
La surcomplémentaire est exprimé, sauf mention contraire, en % du tarif conventionnel et se limite à la dépense engagée. Elle ne prend en charge ni les actes hors nomenclature ni la participation forfaitaire définie à l'article L322-2 du Code de la Sécurité Sociale, ni la majoration de participation mentionnée à l'article L162-5-3 du même code, ni les dépassements d'honoraires hors parcours de soins. Le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux engagés par le ou les bénéficiaires en complément des prestations servies par son Régime de Base Obligatoire et son régime complémentaire santé de premier rang, dans la limite de la garantie souscrite et des frais réellement engagés sur présentation du décompte. Les conditions de remboursement sont décrites précisément dans les "conditions générales" du bulletin d'adhésion.

- (1) Forfait annuel par bénéficiaire (à compter de la date d'acquisition)
 (2) Limitée à 3 remboursements / an et par bénéficiaire
 (3) Prothèses dentaires (acceptées par le ro), ou Orthodontie (acceptées par le ro), ou Implantologie forfait annuel.
 Lexique : RO = régime obligatoire - BR = Base de remboursement de la sécurité sociale

SURCO



ESSENTIELLE

PRINCIPALE

OPTIMALE

VOTRE MUTUELLE SANTÉ N'EST PAS COMPLÈTE ?

RENFORCEZ-LA DÈS MAINTENANT, AVEC NOTRE GARANTIE SURCOMPLÉMENTAIRE

La majorité des nouvelles mutuelles obligatoires d'entreprise ne couvrent pas suffisamment les besoins.

La prévoyance mutualiste IDF vous propose trois niveaux pour renforcer la prise en charge de l'ensemble de vos frais médicaux courants **liés à l'hospitalisation, au dentaire ou à l'optique.**

optimisez votre couverture en limitant le reste à charge sur des postes clefs : **médecins spécialistes, prothèses dentaires, lunettes et lentilles et appareillages.**

**PMIF, UNE VRAIE MUTUELLE
à but non lucratif**

- une structure à taille humaine, **chez nous, pas de plateforme téléphonique**
- une mutuelle de proximité
- une protection au plus juste coût **qui associe son métier de complémentaire santé à des services d'assistance au quotidien**
- Une mutuelle affiliée **à la Fédération nationale indépendante des mutuelles (F.N.I.M.) et partenaire de la Mutuelle Générale de Prévoyance (M.G.P.)**

**PRENEZ CONTACT
dès maintenant**

**01 39 83 40 60
accueil@pmif.fr
www.pmif.fr**

Surcomplémentaire Santé SURCO

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 surcomplémentaire Santé SURCO permet de renforcer votre complémentaire Santé.

Ce renfort fera évoluer vos niveaux de remboursement, non indiqués sur cette fiche IPID. Comme la complémentaire Santé, la surcomplémentaire Santé est destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré suite à une maladie ou à un accident, en complément du régime obligatoire. Le produit ne respecte pas les conditions légales du contrat responsables.



Qu'est ce qui est assuré ?

- ✓ Le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux engagés par le ou les bénéficiaires en complément des prestations servies par son Régime de Base Obligatoire et son régime complémentaire santé de premier rang, dans la limite de la garantie souscrite et des frais réellement engagés
- ✓ Le remboursement s'effectuera dans le respect de l'application de la nomenclature française et des conventions médicales nationales en vigueur à la date des soins.
- ✓ Hospitalisation : dépassement d'honoraires
- ✓ Soins courants et prescriptions médicales : consultations, visites médecins, actes spécialistes
- ✓ Frais optique : Lunettes (monture et verres) lentilles de contact
- ✓ Frais dentaires : Prothèses dentaires, orthodontie, implants (forfait annuel)
- ✓ Appareillages : Acoustique et autres appareillages
- ✓ Prime et Forfaits : Indemnités obsèques pour toutes personnes ayant adhéré avant son 60^{ème} anniversaire

Les services systématiquement prévus sont les suivants :

- ✓ 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 en dehors de la période de validité du contrat.
- 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 ?

- ! Chambre particulière non prise en charge
- ! Hospitalisation chirurgicale à caractère esthétique non prise en charge
- ! Les accidents survenus au cours des activités professionnelles

Principales Restrictions

- ! Délai d'attente conformément au règlement Mutualiste applicable sur l'ensemble des prestations à compter de la date d'adhésion
- ! Limitation selon renvoi
- ! Optique, Prothèses dentaires et implants : Forfait annuel de date à date variable suivant la Formule choisie.
- ! Indemnités obsèques : 12 mois de carence adhésion avant 60^{ème} anniversaire



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



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 complémentaires demandées.

- ✓ 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.

- ✓ Remboursements sur présentation du décompte du Régime Obligatoire et du justificatif de la complémentaire initiale



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.