

# Assurance Frais de santé

## Document d'information sur le produit d'assurance



Compagnie : IRCEM MUTUELLE, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité. Inscrite en France au répertoire SIRENE sous le n° 438 301 186.  
261, avenue des Nations-Unies B.P. 593 - 59060 Roubaix cedex 1.

Produit : GARANTIE SANTE

Le présent document constitue un résumé des principales garanties et exclusions du produit « Garantie Santé ». Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Des informations précontractuelles et contractuelles complètes sur le produit « Garantie Santé » sont fournies dans le Règlement Mutualiste, qui précise les différentes garanties ainsi que les conditions de mise en œuvre, et le Certificat d'Adhésion qui précise vos choix. Les niveaux de remboursement sont détaillés dans le tableau de garanties, ils varient suivant le niveau de garanties choisi et mentionné au Certificat d'Adhésion (Niveau 1, Niveau 2 ou Niveau 3).

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

« Garantie Santé » est un contrat d'assurance individuel dont l'objet est de rembourser tout ou partie des frais de santé engagés en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément des remboursements de la Sécurité sociale française.

A noter qu'il peut subsister un reste à charge pour l'assuré après intervention de la complémentaire santé



### Qu'est-ce qui est assuré ?

Seuls les actes ayant fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale donnent lieu à remboursement sauf dérogation indiquée par un astérisque (\*) ci-dessous. Vous trouverez ci-dessous le type d'actes pris en charge. Notre niveau de prise en charge dépend de la formule souscrite, il est précisé dans le tableau de garanties en annexe. Les prestations ne peuvent pas être plus élevées que la dépense engagée et une somme peut rester à votre charge.

#### Garanties accordées :

##### ✓ SOINS COURANTS

Consultations - Visites généralistes / spécialistes

Auxiliaires Médicaux, analyses médicales

Actes de spécialité, imagerie médicale

Pharmacie :

- médicaments

- Bas de contention

Prestations de prévention remboursables S.S.

##### ✓ OPTIQUE

Monture et verres simples adulte

Monture et verres complexes adulte

Monture et verres enfant mineur

Lentilles remboursées SS

Accès au réseau de soins optique

##### ✓ DENTAIRE

Soins dentaires acceptés SS

Prothèses dentaires acceptées

Orthodontie acceptée S.S.

##### ✓ HOSPITALISATION

Soins, actes, honoraires hospitaliers

Frais de séjour

Soins externes

Séjour en maison de repos

Forfait journalier hospitalier (Frais Réels)

Transport

##### ✓ AUTRES PRESTATIONS

Prothèses (acceptées par la S.S., autres que prothèse dentaire)

Accès au réseau de soins en audioprothèse

Cures thermales acceptées S.S. (traitement)

#### Garanties complémentaires (en fonction de la formule souscrite) :

##### SOINS COURANTS

Vaccin grippal (non remboursé S.S.)

##### OPTIQUE

Lentilles non remboursées\* S.S

##### DENTAIRE

Prothèses dentaires refusées S.S.\*

##### HOSPITALISATION

Chambre particulière y compris maternité

Frais d'Accompagnement enfant de moins de 12 ans

Prime maternité

##### AUTRES PRESTATIONS

Prothèse auditive et autres prothèses (appareillage, orthopédie...)

Cures thermales : frais refusés S.S.\*

Pédicure / Podologue \*

Médecines douces\* (homéopathie, acupuncture, ostéopathie, diététicien)

#### Services mis à disposition, quelle que soit la formule souscrite :

Action sociale

Services Santé et Bien-être

Prestations d'assistance

#### Annexe

Tableau des garanties (niveaux 1, 2 et 3)



### Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les actes non pris en charge par la Sécurité sociale à l'exception de certains soins signalés par un astérisque (\*) dans le tableau de garanties
- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat



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

Nos garanties sont en conformité avec les exigences posées par l'article L 871-1 du code de la Sécurité sociale relatif aux « contrats responsables et solidaires » et les décrets pris pour son application, et s'inscrivent dans le respect du parcours de soins coordonnés.

#### Nos garanties ne prennent pas en charge :

- ! la contribution forfaitaire prélevée par l'Assurance Maladie Obligatoire (actuellement fixée à 1 euro) sur les actes et consultations des médecins et sur les actes de biologie médicale ;
- ! les franchises applicables, laissées à la charge de l'assuré, sur les médicaments, les actes paramédicaux (sauf effectués lors d'une hospitalisation) et sur les frais de transport sanitaires ;
- ! la baisse du remboursement de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins ou de refus du patient d'accorder l'accès à son dossier médical personnel ;
- ! la part forfaitaire du dépassement d'honoraires des spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant.
- ! D'autre part, les remboursements sont plafonnés au montant des frais réellement engagés.

#### Votre contrat comporte par ailleurs certaines restrictions en respect de la réglementation liée aux contrats responsables et solidaires.

- ! Pour l'optique : prise en charge d'un équipement optique (monture et 2 verres) tous les 2 ans (période réduite à 1 an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue). Le coût de la monture est limité à 150€
- ! Pour les dépassements d'honoraires des médecins : dès lors que votre contrat prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires, les taux de prise en charge indiqués aux tableaux de garanties sont minorés de 20 % et plafonnés à 200% lorsque le médecin n'a pas adhéré aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées.

#### Autres restrictions :

- ! Plafonnement des remboursements au montant des frais réellement engagés
- ! Pour l'hospitalisation : prise en charge du forfait journalier et de la chambre particulière sans limite de durée, sauf pour les établissements médico-sociaux (maison de retraite à caractère médicalisé, maison d'accueil spécialisée, institut de rééducation et autres types d'établissements de longs séjours). Pour ces hospitalisations, la durée d'indemnisation est limitée à 90 jours non renouvelables par année civile et par bénéficiaire.



### Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Les garanties s'exercent dans le Monde entier, dès lors que l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) intervient.



## Quelles sont mes obligations ?

### - A la souscription du contrat

Être salarié cotisant à l'IRCEM Retraite ou bénéficiaire d'une pension de retraite complémentaire par IRCEM Retraite ou particulier employeur ainsi que son conjoint, son concubin ou son partenaire lié par un PACS ainsi que les enfants et petits-enfants dans certains cas.

Remplir avec exactitude le formulaire de souscription.

Fournir tous les documents justificatifs demandés.

### - Obligation en cours de contrat

Régler la cotisation conformément aux dispositions prévues au contrat (montant et échéances).

Fournir à IRCEM Mutuelle toutes pièces et documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat

Faire parvenir les demandes de remboursements à l'IRCEM Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale

Informez l'IRCEM Mutuelle d'un changement de situation, par lettre recommandée, dans les quinze jours qui suivent la connaissance de l'un de ces événements : changement d'adresse, modification de la composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité, changement de profession.



## Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance, aux échéances prévues au contrat, mensuellement

Les cotisations sont payables par prélèvement automatique suivant les modalités prévues au contrat.



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

### Début de la couverture

La couverture de l'assuré débute au plus tôt au premier jour du mois civil suivant la réception du dossier complet d'adhésion.

Les frais de santé engagés sont alors couverts dans la limite des garanties souscrites à compter de cette date d'effet, sous réserve de l'application éventuelle d'un délai de carence. Si vous n'aviez pas de mutuelle ou si les postes de dépenses ci-dessous n'étaient pas prévus dans votre ancien contrat un délai d'attente de 3 mois sera appliqué pour :

- la chambre particulière (en cas de maladie), le délai sera de 9 mois en cas de maternité
- les forfaits optiques, les remboursements de prothèses dentaires et autres prothèses

La couverture de l'assuré se renouvelle chaque 1er janvier par tacite reconduction sauf résiliation par l'une des parties dans les cas prévus au contrat.

### Droit de renonciation

L'assuré peut renoncer à son affiliation par lettre recommandée avec accusé de réception pendant un délai de 30 jours calendaires révolus qui suivent le premier paiement de sa cotisation.

### Fin de la couverture

La couverture de l'assuré prend fin à la date d'effet de la résiliation du contrat qu'elle soit à l'initiative de l'assuré ou de l'IRCEM Mutuelle (en cas de non-paiement des cotisations).



## Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat par lettre recommandée avec accusé de réception envoyée à notre Centre de gestion des frais de santé :

**Centre de Gestion Santé IRCEM**

**CS 50155 – 13395 MARSEILLE Cedex 10**

### Résiliation à l'échéance :

La résiliation du contrat s'effectue par l'envoi à IRCEM Mutuelle d'une lettre recommandée avec accusé de réception au moins 2 mois avant la date d'échéance (avant le 31 octobre). Le cachet de la poste fait foi du respect du délai de préavis.

### Résiliation en cas de survenance d'un événement particulier :

En cas de changement de domicile, de changement de situation matrimoniale, de changement de régime matrimonial, de changement de profession, de retraite professionnelle ou de cessation définitive d'activité professionnelle, si les risques garantis sont en relation directe avec la situation antérieure et ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle. Cette résiliation peut intervenir dans les 3 mois suivant l'évènement et prend effet un mois après sa notification.

### Résiliation en cas d'augmentation annuelle supérieure à la variation de l'indice :

Les cotisations peuvent évoluer à chaque échéance principale en fonction de l'évolution du taux d'accroissement des dépenses de santé, publié par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, et de la structure de nos remboursements, de la dégradation des résultats techniques, de l'évolution du plafond mensuel de la Sécurité sociale. Si la cotisation venait à augmenter dans une proportion supérieure à cette évolution, vous pourriez résilier votre contrat.