

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 située au 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 ?

Les actes pris en charge par la Sécurité sociale, ainsi que ceux indiqués, ci-dessous, par un astérisque à hauteur de la formule souscrite. Les prestations sont soumises à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie souscrit et une somme peut rester à 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

Équipements 100% santé.

Montures et verres unifocaux, multifocaux ou progressifs.

Équipement hors 100% santé en fonction du niveau de couverture choisi (cf. tableau des niveaux de garanties).

Accès au réseau de soins optique.

✓ DENTAIRE

Soins et prothèses 100% santé.

Soins et prothèses hors 100% santé en fonction du niveau de couverture choisi (cf. tableau des niveaux de garanties).

✓ HOSPITALISATION

Soins, actes, honoraires hospitaliers, frais de séjour, soins externes, séjour en maison de repos, forfait journalier hospitalier (Frais Réels), transport.

✓ AIDES AUDITIVES

Équipements 100% santé (classe1).

Équipements hors 100% santé (classe2) en fonction du niveau de couverture choisi (cf. tableau des garanties).

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 S.S.* (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.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins non pris en charge par la Sécurité sociale, sauf stipulation contraire prévue par le règlement.
- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les éventuels suppléments pour confort personnel en cas d'hospitalisation (téléphone, télévision, etc.).



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.

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 à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'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. Les services Santé et Bien-être sont délivrés en France métropolitaine.



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.
- Informer 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 à la date mentionnée sur le bulletin d'adhésion. Cette date doit être obligatoirement postérieure à la date de 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 1^{er} 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 quelle 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 ?

La résiliation peut être notifiée par lettre simple ou tout autre support durable, déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur, acte extrajudiciaire, communication à distance lorsque l'organisme le propose pour la souscription ou tout autre moyen prévu par le contrat ou le règlement. Nous vous invitons à l'adresser 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 notification à IRCEM Mutuelle 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 à tout moment :

À l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités. La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification par IRCEM Mutuelle.

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'événement 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.

Informations relatives aux frais de gestion au titre de la garantie santé pour 2020 :

1) Ratio Prestations versées / Cotisations encaissées : 72,5 %

Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

2) Ratio Frais de gestion / Cotisations encaissées : 11,1 %

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion. Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.