

Complémentaire frais de santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Assureur: Mutuelle du personnel du groupe Société Générale – 784 410 805

Produit: Pack Santé (régime obligatoire)



Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Une information précontractuelle et contractuelle complète est fournie dans la notice d'information, le règlement mutualiste, les statuts et le tableau des garanties.

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

Le contrat Pack Santé (régime obligatoire) a pour objet le remboursement de tout ou partie des frais de soins de santé engagés en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément des remboursements de l'assurance maladie obligatoire. Il est souscrit par l'employeur dans un cadre collectif et obligatoire. L'adhérent est l'entreprise souscripteur du présent contrat. Les salariés sont les membres participants.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des remboursements sont soumis à des plafonds. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

PRINCIPAUX RISQUES ASSURES

✓ MALADIE

Consultations, visites des généralistes et spécialistes
Analyses, actes de biologie, prélèvements
Soins auxiliaires (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, sages-femmes...)
Actes de radiologie, scanner, IRM, doppler, échographie
Actes diagnostiques divers (audiométrie, petits actes ophtalmologiques, dermatologie, endoscopie...)
Actes de chimiothérapie, radiothérapie
Actes de médecine nucléaire thérapeutique
Pharmacie à service médical rendu modéré ou important
Frais de transport (en ambulance, taxi agréé AMO...)

✓ HOSPITALISATION

Hospitalisation médecine/chirurgie/actes chirurgicaux (ambulatoire ou non), anesthésie
Hospitalisation obstétrique et maternité, anesthésie
Forfait frais de séjour
Chambre particulière
Franchise appliquée aux actes supérieurs à 120€
Forfait journalier hospitalier
Frais d'accompagnement par la mère ou le père d'un enfant hospitalisé n'ayant pas dépassé l'âge de 12 ans

✓ DENTAIRE

Soins dentaires, Inlay-Onlay, Inlays core et onlays core
Parodontologie
Prothèses dentaires fixes, amovibles, provisoires et réparations sur prothèses
Orthodontie enfant
Implantologie

✓ OPTIQUE

Équipement adulte et enfant mineurs : monture et verres
Lentilles cornéennes
Opération laser (myopie, presbytie...)

✓ PRÉVENTION

Vaccination
Cure thermale
Ostéodensitométrie
Appareillage (acoustique et autres...)
Contraception
Sevrage tabagique
Ostéopathie, étio-pathie, chiropractie, acupuncture
Consultation diététicien



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

Le contrat Pack Santé (régime obligatoire) ne rembourse pas :

- ✗ Les soins non prévus dans le tableau des garanties
- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat



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

Les principales exclusions de votre contrat :

Exclusions « contrats responsables » :

- ! Participation forfaitaire de 1€ sur chaque consultation médicale et actes de biologie médicale
- ! Franchise de 0,5€ sur les boîtes de médicaments et actes d'auxiliaires médicaux ; franchise de 2€ sur les transports sanitaires
- ! Majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins (consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant / absence de médecin traitant)

Exclusions autres :

- ! Les dépassements d'honoraires des médecins spécialistes pour les patients qui les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant et ne relevant pas d'un protocole de soins ou d'une situation exceptionnelle telles qu'autorisés par la loi et la convention médicale
- ! Les produits achetés sur internet sauf les lentilles cornéennes



Où suis-je couvert ?

- ✓ La garantie s'exerce dans le monde entier sous réserve de reconnaissance et de prise en charge par le régime obligatoire français ou par le régime de sécurité sociale du pays d'accueil ou d'une assurance privée.



Quelles sont mes obligations ?

L'entreprise s'engage à :

Lors de l'adhésion :

- Déclarer à la Mutuelle tout salarié remplissant les conditions d'affiliation.
- Communiquer à la Mutuelle, la déclaration d'affiliation dûment renseignée par chaque nouveau membre participant.
- Remettre à chaque nouveau membre participant une notice d'information rédigée et fournie par la Mutuelle, ainsi qu'à porter à la connaissance de chacun d'eux les modifications des garanties du présent contrat en leur remettant copie de toute nouvelle notice rédigée par la Mutuelle.

En cours d'adhésion :

- Déclarer à la Mutuelle tout nouveau salarié remplissant les conditions d'affiliation et tout changement de situation des membres participants en précisant la date et les motifs de ces changements de situation (retraite, licenciement, congé sans solde, suspension du contrat de travail en précisant la cause...).
- Déclarer à la Mutuelle tout salarié dont le contrat de travail est rompu au cours de l'exécution du présent contrat, en précisant la date de son départ. Cette déclaration doit être effectuée dans les 15 jours suivant la rupture effective du contrat de travail.
- Communiquer à la Mutuelle, la déclaration d'affiliation dûment renseignée par chaque nouveau membre participant.
- Payer à la Mutuelle les cotisations dues aux échéances.
- Remettre à chaque nouveau membre participant une notice d'information rédigée et fournie par la Mutuelle, ainsi qu'à porter à la connaissance de chacun d'eux les modifications des garanties du présent contrat en leur remettant copie de toute nouvelle notice rédigée par la Mutuelle.

En cas de sinistre :

- Le membre participant s'engage à transmettre à la Mutuelle, dans un délai de 2 ans maximum après la date de l'acte médical, les pièces justificatives conformément au tableau des garanties, pour bénéficier des prestations définies au contrat.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont recouvrées mensuellement, à terme échu, par virement bancaire. Elles sont payables dans les cinq jours qui suivent l'échéance. La répartition des cotisations entre l'adhérent et les membres participants est fixée par accord interne à l'entreprise. Toutefois, l'adhérent est seul responsable du paiement des cotisations vis-à-vis de la Mutuelle. A ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement à la Mutuelle, aux différentes échéances prévues.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Les garanties couvertes par le contrat collectif, conclu entre Société Générale et la Mutuelle, prennent effet à compter du 1er janvier de chaque année et se terminent au 31 décembre de la même année. Elles se renouvellent ensuite annuellement, par tacite reconduction, chaque 1er janvier.

La couverture prend fin :

- à votre demande au 1er janvier de chaque année sous réserve du respect d'un préavis de 2 mois
- à la demande de la Mutuelle, en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues au contrat
- à la demande de la Mutuelle, en cas de fausse déclaration, en cas de fraude ou de tentative de fraude



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'adhésion au contrat Pack Santé (régime obligatoire) peut être résiliée par l'entreprise adhérente, par lettre recommandée avec avis de réception, adressée au siège social de la Mutuelle, moyennant le respect d'un préavis de deux mois. La résiliation doit être envoyée au plus tard le 31 octobre de l'année en cours, le cachet de la poste faisant foi, pour ne prendre effet qu'au 1er janvier de l'exercice suivant.