

# Complémentaire frais de santé

Document d'information sur le produit d'assurance



**Assureur :** Mutuelle du personnel du groupe Société Générale

**Produit :** Complémentaire santé pour la famille des salariés Société Générale, les retraités, les salariés des filiales et leur famille.

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 le règlement mutualiste, les statuts, la grille de cotisations et le tableau des garanties.

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

Le contrat « Complémentaire santé pour la famille des salariés Société Générale, les retraités, les salariés des filiales et leur famille » 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 peut être souscrit par une personne physique à titre individuel remplissant les conditions pour être membre participant de la Mutuelle.



## 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, étiothérapie, chiropraxie, acupuncture
- › Consultation diététicien



## Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

Le contrat « Complémentaire santé pour la famille des salariés Société Générale, les retraités, les salariés des filiales et leur famille » 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(e) ?

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 ?

### ■ Lors de l'adhésion

Pour adhérer à titre individuel en tant que membre participant ou être admis comme ayant droit d'un membre participant à la Mutuelle, il convient de remplir les conditions fixées par l'article « catégories de membres » des statuts de la Mutuelle, de transmettre à la Mutuelle le bulletin d'adhésion signé accompagné de l'ensemble des pièces justificatives requises et de payer les droits d'adhésion.

### ■ En cours d'adhésion

Le membre participant s'engage au paiement d'une cotisation mensuelle, individuelle, affectée à la couverture de l'ensemble des bénéficiaires des garanties.

Le membre participant informe la Mutuelle de tout changement intervenant dans le dossier d'affiliation à l'Assurance maladie obligatoire ou tout autre organisme gestionnaire du régime obligatoire (ou celui d'un ayant droit) notamment en cas d'affiliation à une nouvelle caisse suite à un déménagement ou à l'attribution d'une nouvelle immatriculation.

Le membre participant informe également la Mutuelle de tout changement de situation le concernant ou concernant ses ayants-droit (changement de domicile, de RIB, modification de la composition familiale ...).

### ■ En cas de sinistres

Le membre participant ou ses ayants droit s'engagent 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.

---



## Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont recouvrées mensuellement, à terme échu, par prélèvement bancaire, conformément à l'échéancier annuel. La date d'exigibilité est fixée au 28<sup>ème</sup> jour du mois suivant la période couverte. Toute adhésion en cours de mois entraîne le paiement de la cotisation mensuelle entière.

---



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

La date d'effet de l'adhésion est indiquée sur le certificat d'adhésion. L'adhésion ne peut prendre effet qu'à réception par la Mutuelle du bulletin d'adhésion complété et de l'ensemble des pièces justificatives. L'adhésion est conclue pour une période allant jusqu'au 31 décembre suivant la date d'effet et se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an.

La Mutuelle peut mettre fin au contrat :

- › Lorsque les conditions d'adhésion liées au champs de recrutement de la Mutuelle ne sont plus remplies,
  - › En cas de non-paiement des cotisations, de fausse déclaration, de fraude ou de tentative de fraude (dans les conditions prévues dans le règlement mutualiste).
- 



## Comment puis-je résilier le contrat ?

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion ou à celle d'un ayant droit. La démission est donnée par le membre participant, accompagnée des originaux des cartes mutualistes en cours de validité, par lettre recommandée avec accusé de réception ou par voie électronique en utilisant le formulaire de radiation. La démission prend effet, au plus tôt, le premier jour du mois qui suit la demande. La démission du membre participant entraîne la radiation de l'ensemble de ses ayants droit.

---