

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur les produits

Mutuelle : Mutuelle des Etudiants de Provence » (MEP) est une mutuelle, immatriculée sous le numéro 782 814 826, régie par le Livre II du Code de la mutualité. Siège social : 10 rue Léon Paulet 13 008 MARSEILLE



Produit : MUTUALP SANTÉ TNS (5 niveaux de garanties)

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation pré contractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

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

Le produit est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en **complément de la Sécurité sociale française**. Le produit respecte les conditions légales des **contrats responsables**. Ce produit est complété de services et prestations d'assistance.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUES :

- ✓ **Hospitalisation :** honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, forfait patient urgences, transports remboursés par la Sécurité sociale.
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales :** consultations et visites, examens médicaux, radiologie, auxiliaires médicaux, analyses, pharmacie remboursée par la Sécurité sociale, transports remboursés par la Sécurité sociale.
- ✓ **Frais optiques :** lunettes (équipement 100% santé et panier tarif libre), lentilles de contact acceptées.
- ✓ **Frais dentaires :** soins dentaires, prothèses dentaires (panier 100% santé et paniers tarifs maîtrisés et libres), orthodontie acceptée.
- ✓ **Aides auditives :** audioprothèses, équipement 100% santé et tarif libre.
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale :** prothèses, orthopédie.
- ✓ **Prothèses capillaires remboursées par la Sécurité sociale :** prothèses capillaires de classe 2 offre 100% santé et prothèses capillaires de classe 1, 3 et 4.
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale :** fauteuil roulant offre 100% santé, prothèses, orthopédie.
- ✓ **Médecines douces :** ostéopathie, chiropractie, sophrologie, acupuncture, pédicure, diététique.

LES GARANTIES SUPPLÉMENTAIRES PRÉVUES

SELON NIVEAUX DE GARANTIES :

- ✓ Implantologie/Parodontologie.
- ✓ Chirurgie réfractive de l'œil.
- ✓ Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUS :

- ✓ Services en ligne : application mobile et espace personnel adhérent en ligne permettant, entre autres, la gestion du contrat à distance, le suivi des remboursements et le téléchargement de la carte de Tiers payant (carte mutuelle).
- ✓ Tiers payant pour éviter les avances de frais chez un grand nombre de professionnels de santé.
- ✓ MédecinDirect : plateforme en ligne, consultations médicales à distance.
- ✓ Deuxième avis : avis médical à distance.

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUE :

- ✓ Fonds social de la mutuelle pour les situations de détresse.
- ✓ Les prestations de l'assistance : assistance et conseils vie quotidienne sous conditions avec Fil Assistance (voir notice spécifique).

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité de l'adhésion.
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués dans les établissements ou les services qui accueillent spécifiquement des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD).
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale.
- ✗ Les cures thermales.
- ✗ L'orthodontie refusée par la Sécurité sociale.



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

Principales exclusions du contrat responsable :

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transports.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Principales restrictions (détails dans le tableau de garanties) :

- ! Chambre particulière (si prévue dans les garanties) : hospitalisation en médecine, chirurgie et maternité : remboursement limité à 90 jours/an/bénéficiaire.
- ! Lit d'accompagnement (si prévu dans les garanties) : enfant - 12 ans ou adulte de + 70 ans limité à 60 jours par an.
- ! Optique : limité à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un enfant de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.
- ! Frais dentaires : en dehors du panier 100 santé, frais limités à un plafond annuel.
- ! Audioprothèses : limité à une prothèse/oreille tous les 4 ans.
- ! Forfait médecines douces : forfait par an et par personne, voir tableau de garanties.

Vous pouvez consulter la liste exhaustive des exclusions et restrictions dans le règlement mutualiste et les notices d'information.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ 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, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité de l'adhésion ou de non garantie

À la souscription de l'adhésion :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par la mutuelle.
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée sur l'appel de cotisations.
- Disposer d'un compte bancaire dans un établissement français pour le versement des prestations.

En cours d'adhésion :

- Fournir tous les documents justificatifs, nécessaires au paiement des prestations, prévus au Règlement Mutualiste Individuels.
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date des remboursements des soins de votre Sécurité sociale lorsqu'ils existent, ou à défaut 2 ans suivant la date des soins.
- Informer la mutuelle dans les quinze jours qui suivent l'un des événements suivants : changement d'adresse, changement d'état civil, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie.

En cas de résiliation :

- Restitution des cartes de tiers-payant.



Quand et comment effectuer les paiements ?

- Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée sur l'**Échéancier de cotisation**.
- Un paiement fractionné peut toutefois être accordé mensuellement.
- Les paiements peuvent être effectués par prélèvement automatique ou par CB.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet de l'adhésion est fixée d'un commun accord et est indiquée au **Bulletin d'adhésion**.

- En cas d'adhésion conclue à distance ou de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la conclusion de l'adhésion, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion de l'adhésion).
- L'adhésion est conclue pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au Règlement Mutualistes Individuels.

Cessation des garanties :

- En cas de non-paiement des cotisations.
- En cas de décès de l'adhérent.
- En cas de fausse déclaration, omission ou déclaration inexacte de l'adhérent.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin à votre adhésion :

- À la date d'échéance principale de l'adhésion (31/12), au moins deux mois avant cette date.
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis (entrée dans un contrat collectif obligatoire de votre employeur, bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire, par exemple).
- En cas de révision des cotisations, dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification.
- À tout moment, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat, sans frais ni pénalité (Loi du 14 juillet 2019)

Comment ?

- Par courrier (lettre simple ou recommandée) à : UMGP - CS 70010 - 13272 Marseille Cedex 08;
- Par le biais du formulaire de contact : <https://heyeme.care/fr/contact>