

Assurance Frais de santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Assureur : Mutuelle d'assurance CARCEPT Prev

Produit : FONGECFA SANTÉ

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

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

Le contrat FONGECFA SANTÉ 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 la Sécurité sociale.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds et peuvent varier en fonction du niveau de garantie choisi. Ils ne peuvent être plus élevés que la dépense engagée. Les montants ou forfaits pris en charge figurent dans le tableau des garanties.

✓ SOINS COURANTS

- Consultations et visites de généraliste, spécialiste
- Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux
- Auxiliaires médicaux
- Actes d'imagerie
- Analyses et examens de laboratoire
- Médicaments remboursés par la Sécurité sociale
- Matériel médical remboursé par la Sécurité sociale

✓ HOSPITALISATION

- Honoraires
- Forfait journalier hospitalier
- Frais de séjour
- Forfait actes lourds et forfait patient urgences

✓ DENTAIRE

- Soins et prothèses « 100 % Santé »
- Soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale
- Actes prothétiques remboursés par la Sécurité sociale
- Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale

✓ OPTIQUE

- Equipement « 100 % Santé »
- Verres et monture remboursés par la Sécurité sociale
- Prestation d'adaptation
- Lentilles correctrices remboursées par la Sécurité sociale

✓ AIDE AUDITIVE

- Equipement « 100 % Santé »
- Aide auditive remboursée par la Sécurité sociale
- Petits accessoires auditifs remboursés par la Sécurité sociale

✓ PRÉVENTION ET MÉDECINES DOUCES

- Densitométrie osseuse remboursée par la Sécurité sociale

✓ DIVERS

- Frais de transport remboursés par la Sécurité sociale

✓ ASSISTANCE

Selon la garantie choisie :

Chambre particulière ; Frais d'accompagnant ; Parodontologie ; Implantologie ; Lentilles correctrices non remboursées par la Sécurité sociale y compris jetables ; Chirurgie réfractive ; Pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale (dont sevrage tabagique, vaccins antigrippaux / voyages, tests de dépistage) ; Nutritionniste (bilan) ; Forfait global médecine douce (ostéopathe, pédicure-podologue, acupuncteur, étio-pathe, chiropracteur) ; Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

Le contrat FONGECFA SANTÉ ne rembourse pas :

- ✗ Les soins non prévus dans le tableau des prestations
- ✗ Les frais de séjour, d'hospitalisation (honoraires), de sanatorium, préventorium, aérium, de soins dentaires et prothèses (dentaires ou autres), de traitements orthodontiques, de montures et verres de lunettes, et de lentilles de contact au-delà du ticket modérateur ou de la prise en charge intégrale pour les paniers 100 % santé et la chambre particulière pendant les 6 premiers mois suivants l'adhésion sauf si vous fournissez un certificat de radiation justifiant de la résiliation d'un précédent contrat d'assurance santé datant de moins de 3 mois lors de la demande d'adhésion.



Y a-t-il des restrictions de garanties ?

Les principales exclusions de votre contrat :

Exclusions « contrats responsables » :

- ! Participation forfaitaire de 1€ sur chaque consultation médicale et actes de biologie médicale
- ! Franchise de 0.50€ 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 contractuelles :

- ! Les dépenses de santé non remboursées par la Sécurité sociale (sauf exceptions précisées dans le tableau des garanties),
- ! Les interventions et soins esthétiques, sauf s'ils sont la conséquence d'un événement garanti et sont pris en charge par la Sécurité sociale,
- ! La chambre particulière en psychiatrie.



Dans quel pays suis-je couvert ?

La garantie s'exerce dans le monde entier sous réserve de reconnaissance et de prise en charge par la Sécurité sociale française.



Quelles sont mes obligations ?

▪ Lors de l'adhésion

Vous devez adresser à la Mutuelle les pièces suivantes :

- Une demande d'adhésion en précisant les personnes à assurer ainsi que la garantie choisie qui s'applique à toutes les personnes désignées,
- Les pièces nécessaires au paiement de vos cotisations et au paiement de vos prestations (Relevé d'Identité Bancaire, mandat de prélèvement SEPA...),
- Le mandat de résiliation de votre contrat actuel, le cas échéant,
- Le certificat de radiation à la garantie frais de santé précédemment souscrite pour ne pas vous voir appliquer le délai de carence défini à dans l'encart « Qu'est-ce qui n'est pas assuré ? »,
- La photocopie de vos droits à la Sécurité sociale, ainsi que celle des bénéficiaires,
- Un justificatif du versement de l'allocation du Congé de Fin d'Activité,
- Les justificatifs de situation des bénéficiaires :
 - Pour l'époux (se) : une copie du livret de famille,
 - Pour le partenaire de PACS : un extrait d'acte de naissance mentionnant le PACS,
 - Pour le concubin : un décompte de Sécurité sociale ou tout autre justificatif de domicile commun,
 - Pour les enfants à charge : un certificat de scolarité ou une copie de la carte d'invalidé civil ou de la carte mobilité inclusion,
- Le devoir de conseil signé.

▪ En cours de contrat,

Vous devez informer la Mutuelle de tout changement le concernant ou concernant les autres bénéficiaires dans le mois suivant ce changement.

Il en est ainsi notamment en cas de changement :

- de nom,
- de situation matrimoniale,
- de situation familiale,
- de régime d'assurance maladie obligatoire,
- d'adresse (par défaut les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets).



Quand et comment effectuer les paiements ?

Vos cotisations sont payables d'avance le 10 du mois d'échéance de la cotisation, soit par prélèvement automatique mensuel ou trimestriel, soit par chèque.

Les cotisations sont dues à compter de la date d'effet de l'adhésion.



A quel moment le contrat commence-t-il et à quel moment prend-il fin ?

La date d'effet de l'adhésion est indiquée au certificat d'adhésion. 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 1er janvier de chaque année.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez résilier le contrat frais de santé par l'un des moyens suivants :

- Lettre ou tout autre support durable
- Déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Assureur
- Acte extrajudiciaire
- Communication à distance lorsque l'organisme le propose pour la souscription.

Cette résiliation peut intervenir :

- À l'échéance du contrat, au moins 2 mois avant l'échéance ;
- Après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, à tout moment. La résiliation sera effective un mois après que l'Assureur en a reçu notification.
- En cas de refus de la modification du contrat par l'Assureur (révision des cotisations ou réduction des garanties), dans un délai d'un mois suivant la proposition de modification. La résiliation prend effet à la date d'entrée en vigueur de la modification.