

Document d'information sur le produit d'assurance

Le contrat « Service Public Santé (SPS) » est assuré par la MMC (Mutuelle Médico-Chirurgicale), mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.

La distribution et la gestion des garanties d'assurance sont proposées par Praelonis, filiale de la MMC.

## Solution Santé

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

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

Le contrat « Service Public Santé (SPS) » a pour objet d'assurer aux adhérents (agents actifs et retraités de la Fonction Publique Territoriale) et le cas échéant, à leurs ayants droit, le versement de prestations santé complémentaires aux régimes de base de la Sécurité Sociale, dans la limite des frais réellement engagés. Ce contrat répond aux critères du « contrat responsable » conformément à la réglementation en vigueur, et figure sur la liste des contrats et règlements « labellisés » au sens du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.



### Qu'est-ce qui est assuré ?

- ✓ **Hospitalisation** : forfait journalier hospitalier, frais de séjour, chambre particulière, honoraires, frais d'accompagnement pour un enfant de moins de 12 ans en chirurgie et médecine.
- ✓ **Garanties nouvelles** : médecines douces, podologue, vaccins, homéopathie et phytothérapie, ostéodensitométrie.
- ✓ **Dépendance** : Autonomie Santé.
- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux et paramédicaux, analyses et examens de laboratoires, médicaments, matériel médical, transport.
- ✓ **Aides auditives**
- ✓ **Cure thermale**
- ✓ **Dentaire** : soins, prothèses, orthodontie.
- ✓ **Optique** : monture, verres, lentilles.
- ✓ **Autres prestations** : forfait naissance, téléconsultation médicale, second avis médical, club avantages.

*Plusieurs niveaux de garanties sont proposés.*



### Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- X Les prestations qui ne sont pas expressément mentionnées dans le tableau de garanties pour le niveau de garanties choisi.
- X Aucune prestation n'est due en cas de non-remboursement par les régimes de base obligatoires français, sauf pour les garanties accessoires conformément au tableau de garanties pour le niveau de garanties choisi.
- X Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission, ni après la décision de radiation, d'exclusion ou de suspension. La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, sauf en cas de décès.



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

Le règlement mutualiste « Service Public Santé (SPS) » ne prévoit pas d'exclusions à la couverture.



## Où suis-je couvert ?

Les garanties sont acquises en France métropolitaine.



## Quelles sont mes obligations ?

### A l'adhésion :

L'adhérent doit joindre les documents suivants :

- la demande d'adhésion dûment complétée et signée ;
- la photocopie de l'attestation de droit du régime de base obligatoire de l'adhérent et de ses ayants droit désignés au certificat d'adhésion ;
- un certificat de radiation de l'organisme précédent, le cas échéant, attestant l'adhésion antérieure à un contrat labellisé ou à une convention de participation ;
- un justificatif attestant de la date d'entrée de l'adhérent dans la Fonction Publique Territoriale ;
- Sept jours après la signature de la proposition valant certificat d'adhésion ou de la demande d'adhésion, un mandat de prélèvement SEPA dûment rempli et signé.

### En cours d'adhésion :

L'adhérent s'engage au paiement d'une cotisation annuelle qui est affectée à la couverture des prestations assurées, et à signifier tout changement de situation familiale ou de protection sociale (régime de base obligatoire) dans le mois qui suit le changement.



## Quand et comment effectuer le paiement des cotisations ?

La cotisation est annuelle et payable d'avance. L'adhérent a la possibilité d'échelonner le paiement de sa cotisation mensuellement, trimestriellement ou semestriellement. La cotisation peut faire l'objet d'un prélèvement automatique sur compte bancaire, postal ou de caisse d'épargne.



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

L'adhésion prend effet le 1er jour du mois en cours selon la date indiquée sur la demande d'adhésion, dûment complétée et signée. L'adhésion est souscrite jusqu'à au 31 décembre de l'année en cours, et est ensuite tacitement reconduite d'année en année à l'échéance principale le 1<sup>er</sup> janvier.

Les garanties cessent de produire leurs effets :

- lorsque l'adhérent ne remplit plus les conditions auxquelles le règlement mutualiste subordonne l'admission,
- en cas de non-paiement de la cotisation selon les dispositions prévues à l'article 22 du règlement mutualiste,
- en cas de résiliation de son adhésion par l'adhérent.



## Comment puis-je résilier mon contrat ?

L'adhérent peut mettre fin à son adhésion au plus tard deux mois avant la fin de l'année civile, soit le 31 octobre au plus tard pour une résiliation au 31 décembre et à tout moment après l'expiration d'un délai d'un (1) an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités