



Santé Pass Surcomplémentaire

Ce document d'information vous présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat et 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 ?

Ce contrat d'assurance surcomplémentaire santé collectif, à adhésion facultative est destiné aux personnes :

- justifiant d'un contrat complémentaire santé en vigueur,
- résidant en France métropolitaine ou dans les départements et régions d'outre-mer (hors Mayotte) et,
- relevant d'un Régime Obligatoire (RO) français (hors régime des Indépendants et Mutualité Sociale Agricole).

Il permet de 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 du Régime Obligatoire français et du contrat complémentaire santé.



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** : dépassements d'honoraires médicaux et chirurgicaux, chambre particulière, forfait multimédia (téléphone, internet, télévision).

LES GARANTIES OPTIONNELLES :

Soins courants : dépassements d'honoraires, l'ensemble des médicaments, vaccins et contraceptifs prescrits, certains médicaments en automédication, petits appareillages prescrits et remboursés par le RO, certains actes et soins médicaux prescrits et non remboursés par le RO, séances d'ostéopathie, de chiropractie, consultations diététiques, séances d'ergothérapie, de psychomotricité, séances chez un psychologue, séances d'étiopathie, d'acupuncture, de pédicurie/podologie et de phytothérapie non remboursées par le RO.

Optique : lunettes (monture et verres), lentilles, chirurgie réfractive de l'œil.

Dentaire : prothèses, implants dentaires et parodontie non remboursés, inlay-onlay, orthodontie enfant débutée avant 16 ans.

Appareillages : acoustiques et prothèses auditives, grand appareillage et appareillages orthopédiques.

Hospitalisation : frais d'accompagnement - en établissements spécialisés : chambre particulière et forfait multimédia.

LES SERVICES PRÉVUS :

- ✓ **Sites internet d'informations santé.**

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE :

- ✓ **Aide à domicile.**
- ✓ **Garde d'enfants et accompagnement scolaire.**
- ✓ **Conseils santé.**



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins et les frais réalisés avant la prise d'effet des garanties ou postérieurs à la date de résiliation du contrat.
- ✗ Les soins et les frais réalisés lorsque vous n'avez pas souscrit ou maintenu en vigueur un contrat complémentaire santé.
- ✗ Les séjours dans les établissements d'hébergement médico-sociaux comme les Maisons d'Accueil Spécialisées (M.A.S.), les séjours en rééducation professionnelle, en services de gérontologie et gériatrie, en établissements de long séjour, en Établissements d'Hébergement pour les Personnes Âgées Dépendantes (E.H.P.A.D.) et maisons de retraite.
- ✗ Les traitements esthétiques et leurs conséquences sauf en cas de maladie ou d'accident pris en charge par le RO.
- ✗ Les soins et les frais non remboursés par le RO et non explicitement prévus dans le descriptif des garanties.
- ✗ Les cures de toute nature y compris les cures thermales acceptées par le RO.
- ✗ Les actes réalisés au cours d'une thalassothérapie.
- ✗ Les hospitalisations à domicile.



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

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! La participation forfaitaire solidaire (exemples : pour les consultations, les examens de radiologie...) et les franchises médicales (exemples : sur les médicaments, les actes paramédicaux...).
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins coordonnés.

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! **Hospitalisation** : pas de prise en charge des frais d'hospitalisation pendant un délai d'attente de 6 mois (sauf en cas d'accident).
- ! **Chambre particulière** : limitation à 30 jours par an du remboursement de la chambre particulière et du forfait multimédia en établissements spécialisés.
- ! **Optique et dentaire** : limitation des remboursements des lunettes et des lentilles et du dentaire non remboursé par le RO pendant les 6 premiers mois suivant l'adhésion.
- ! **Appareillage auditif** : remboursement limité à 2 appareils par an.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ **Monde entier** : pour les remboursements de soins garantis y compris ceux exceptionnellement reçus à l'étranger suite à un séjour temporaire pris en charge par le RO français.
- ✓ **France métropolitaine et départements et régions d'outre-mer** : pour les garanties d'assistance.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non garantie, vous devez :

- **À la souscription du contrat** : avoir souscrit et maintenir en vigueur un contrat complémentaire santé, répondre avec exactitude et sincérité à toutes les questions qui sont posées, fournir les justificatifs qui sont demandés et régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.
- **En cours de contrat** :
 - fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat,
 - faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date des soins,
 - régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat,
 - informer l'assureur des événements suivants dans les 15 jours qui suivent leur connaissance : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès, séparation, divorce, perte de la qualité d'ayant droit), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Le paiement de la cotisation intervient à la souscription du contrat et chaque année à l'échéance.

La cotisation est payable annuellement et d'avance (avec mensualisation possible) par chèque, par prélèvement bancaire ou par carte bancaire.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Les garanties prennent effet à la date figurant sur les Conditions Particulières.

Le contrat est conclu pour une durée d'un an. Il est reconduit automatiquement à chaque échéance anniversaire par tacite reconduction sauf résiliation par le souscripteur du contrat ou par l'assureur dans les cas et conditions fixés au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez résilier votre contrat dans les cas et délais prévus par la réglementation et par les Conditions Générales, notamment à certaines périodes de la vie du contrat (à l'échéance annuelle, à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription pour les personnes physiques...) et lors de la survenance de certains événements (modification de votre situation personnelle ou professionnelle...).

Sauf cas particulier, la résiliation de votre contrat doit nous être notifiée par déclaration auprès de nos conseillers (en agence ou téléphone), ou par lettre ou support durable (messagerie sécurisée au sein de votre espace client sur gmf.fr ou messagerie sécurisée sur l'Application "GMF Mobile", mail).