

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : Mutuelle Ociane, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité immatriculée sous le numéro 434 243 085. Siège social : 35, rue Claude-Bonnier 33054 Bordeaux CEDEX.

Produit : Santé ELSIE

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 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 produit d'assurance complémentaire santé ELSIE est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent et des éventuels ayants-droit 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.**



QU'EST-CE QUI EST ASSURÉ ?

Ces garanties vous permettent de bénéficier du « 100 % Santé » en optique, dentaire et sur les aides auditives. Votre reste à charge est donc nul pour ces équipements. En dehors des prestations concernées par le « 100 % Santé », 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. Dans tous les cas, les remboursements ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées et **une somme peut éventuellement rester à votre charge.**

Les garanties systématiquement prévues

Hospitalisation et soins courants

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : honoraires, forfait journalier hospitalier, séjour et transport sanitaire.
- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux généralistes et spécialistes, honoraires paramédicaux, radiologie et analyses médicales, transport sanitaire, cure thermique, médicaments à Service Médical Rendu (SMR) important (remboursés à 65 % par la Sécurité sociale), forfait vaccin antigrippe, forfait solidaire soutien psychologique.
- ✓ **Matériel médical** dont orthopédie et petit appareillage.
- ✓ **Ostéopathie** (forfait par an).

Optique

- ✓ **Frais optiques** : lunettes (montures et verres).

Dentaire et appareillage

- ✓ **Frais dentaires** : soins dentaires, inlay-onlay, prothèses dentaires (couronnes, bridges, inlay-core).
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : aides auditives, prothèses externes (mammaires, capillaires, oculaires), autres prothèses et appareillages remboursés par la Sécurité sociale.

Les garanties optionnelles

Lentilles.

Dentaire non remboursé par la Sécurité sociale : implant, parodontie, orthodontie.

Les renforts optionnels payants sont à souscrire pour bénéficier des prestations supplémentaires

Renfort Hospi

La chambre particulière.

Lit accompagnant.

Assistance France et étranger.

Renfort Pharma

Médicaments à Service Médical Rendu modéré (remboursés à 30 % par la Sécurité sociale) ou faible (remboursés à 15 % par la Sécurité sociale)
Pharmacie non remboursée (homéopathie, phytothérapie, contraception, vaccins, sevrage tabac, autotests).

Renfort Mieux-être

Séances de médecines douces (forfait/an).

Des programmes de coaching santé en ligne.

Soutien psychologique à distance.

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

Les services systématiquement prévus

- ✓ Le tiers payant pour éviter de faire l'avance de frais chez la plupart des professionnels de santé.
- ✓ Réseau d'opticiens Kalixia Optique : tarifs négociés chez les opticiens partenaires.
- ✓ Réseau d'audioprothésistes Kalixia Audio : tarifs préférentiels sur les aides auditives chez les audioprothésistes partenaires.
- ✓ Services en ligne dans votre espace personnel sur matmut.fr : gestion du contrat à distance, suivi des remboursements, dépôt de vos factures et justificatifs...
- ✓ Salvum, l'application pour apprendre les gestes qui sauvent.
- ✓ Service de téléconsultation Medaviz 24 h/24, 7 j/7.
- ✓ Service de deuxiemeavis.fr pour obtenir un deuxième avis médical en cas de problème de santé sérieux.



QU'EST-CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les transports et hébergements liés aux cures thermales.
- ✗ Les frais de séjour liés aux cures thermales, si le séjour n'est pas effectué en milieu hospitalier.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale.
- ✗ Le forfait journalier hospitalier et la chambre particulière facturés par les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) ou les Établissements d'Hébergement pour les Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).



Y A-T-IL DES EXCLUSIONS À LA COUVERTURE ?

Les principales exclusions du contrat responsable

- ! La participation forfaitaire de 1 € et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! 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.

Les principales restrictions

- ! **Acupuncture** : seuls sont pris en charge les actes non remboursés par la Sécurité sociale réalisés chez un médecin, une sage-femme ou un chirurgien-dentiste.
- ! **Forfait journalier hospitalier** : limité à 90 jours pour les établissements médico-sociaux (sauf MAS et EHPAD).
- ! **Chambre particulière dans le cadre du renfort HOSPI** : la prise en charge est limitée à 30 jours par an en convalescence, rééducation, psychiatrie et établissements médico-sociaux et non prise en charge en MAS et EHPAD.
- ! **Forfait solidaire soutien psychologique** : chez un psychologue diplômé et sur présentation d'une facture nominative acquittée jusqu'au 31 décembre 2024.
- ! **Forfait vaccin antigrippe** : sur facture pharmaceutique nominative acquittée jusqu'au 31 décembre 2024.
- ! **Séances avec des psychologues** : ouvert aux personnes de plus de 3 ans (enfants, adolescents et adultes) après consultation d'un médecin. Dans la limite de 8 séances par an avec une première séance qui est un entretien d'évaluation (40 € la séance) ; entre 1 à 7 séances de suivi psychologique (30 € par séance). Ce nombre est adapté aux besoins et déterminé par le psychologue.
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Médecines douces dans le cadre du renfort Mieux-être** : forfait global valable pour les actes non remboursés par la Sécurité sociale, chez les praticiens diplômés dans leur spécialité et inscrits aux registres officiels de l'Assurance maladie, sur présentation d'une facture nominative acquittée.



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 suspension des garanties

À la souscription du contrat :

- valider avec exactitude les informations indiquées sur le bulletin d'adhésion adressé par Mutuelle Ociane Matmut ;
- fournir tous documents justificatifs demandés par Mutuelle Ociane Matmut ;
- régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- payer les cotisations ;
- 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 de remboursement des soins de votre Sécurité sociale ;
- informer l'assureur des événements suivants dans les 3 mois de leur survenance :
 - changements de situation : changement d'adresse, modification de votre composition familiale (naissance, concubinage, PACS, mariage, divorce, décès), changement de régime obligatoire d'Assurance maladie et maternité,
 - changement de profession : perte d'emploi, départ à la retraite.



QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

Les cotisations sont annuelles et payables d'avance. Elles peuvent être réglées en plusieurs fractions sans frais supplémentaires selon les modalités prévues au contrat.

Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix sans frais supplémentaires.

Les paiements peuvent être effectués notamment par prélèvement automatique.



QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée au bulletin d'adhésion.

Le contrat est conclu 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 fixés au contrat.



COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à la date d'échéance principale du contrat, soit le 31 décembre, en nous adressant votre notification :
 - soit par lettre, tout autre support durable,
 - soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle,
 - soit par acte extrajudiciaire,
 - soit par téléphone,
 - soit sur le site de la mutuelle ;
- au moins deux mois avant cette date, et, s'il concerne une personne physique en dehors de toute activité professionnelle :
 - à tout moment, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de sa première souscription, toute modification de garantie entraînant le décompte d'un nouveau délai d'un an, la résiliation prend effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification par le souscripteur,
 - en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis,
 - en cas de révision des cotisations, en nous adressant une notification par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité, dans les 20 jours qui suivent la date de notification de la modification.