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 : Ociane Santé Évolution - Niveau « HOSPI PLUS »

MUTUELLE OCIANE matmut

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 HOSPI PLUS 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 ne respecte pas les conditions légales des contrats responsables.**

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. 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 maternité :** honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport.
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales :** consultations généralistes et spécialistes, radiologie et analyses médicales, médicaments à Service Médical Rendu (SMR) important (remboursés à 65 % par la Sécurité sociale), forfait vaccin antigrippe, forfait solidaire soutien psychologique.
- ✓ **Soins dentaires.**
- ✓ **Sport sur ordonnance** pour les personnes souffrant d'une Affection Longue Durée (ALD).

Les garanties optionnelles

Protection hospitalière.

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.
- ✓ Des programmes de coaching santé en ligne.
- ✓ 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 ou de situation médicale complexe.
- ✓ Assistant numérique pour traitements médicamenteux Goodmed.

L'assistance systématiquement prévue

- ✓ En cas d'hospitalisation, aide au retour du domicile (ménage, courses).
- ✓ En cas de pathologie lourde : aide ménagère, livraison de médicaments, courses, repas, garde d'enfant et conduite à l'école.

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

QU'EST-CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

- ✕ Cette garantie ne respectant pas les conditions légales des contrats responsables, elle ne propose pas le « 100 % Santé » sur l'optique, le dentaire et les aides auditives.
- ✕ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✕ Les soins ou actes des auxiliaires médicaux, infirmiers, kinés.
- ✕ Les médicaments à Service Médical Rendu modéré (remboursés à 30 % par la Sécurité sociale) ou faible (remboursés à 15 % par la Sécurité sociale).
- ✕ Frais optiques : lunettes (monture et verres), lentilles.
- ✕ Frais dentaires : inlay-onlay, prothèses dentaires (couronnes, bridges, inlay-core), implants, orthodontie.
- ✕ Appareillages (aides auditives, prothèses externes, autres prothèses remboursées).
- ✕ Les garanties « de confort » : médecines douces, cures thermales, chambre particulière, chirurgie corrective de l'œil, lit accompagnant, sevrage tabagique, contraception.
- ✕ Les transports et hébergements liés aux cures thermales.
- ✕ 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 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

- ! **Forfait journalier hospitalier :** limité à 90 jours pour les établissements médico-sociaux (sauf MAS et EHPAD).
- ! **Forfait solidaire soutien psychologique :** chez un psychologue diplômé et sur présentation d'une facture nominative acquittée jusqu'au 31 décembre 2023.
- ! **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.
- ! **Forfait vaccin antigrippe :** sur facture pharmaceutique nominative acquittée jusqu'au 31 décembre 2023.

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 évènements 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 le site internet de la mutuelle ;
- soit par acte extrajudiciaire ;
- soit par téléphone ;

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,
- 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.