

Produit : Ociane Santé Évolution - Niveaux 1 à 4 (formules Évolution et « Essentiel »)

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 Ociane Santé Évolution 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 maternité** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport.
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : consultations généralistes et spécialistes, auxiliaires médicaux, 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.
- ✓ **Frais optiques** : lunettes (monture et verres), lentilles.
- ✓ **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.
- ✓ **Sport sur ordonnance** pour les personnes souffrant d'une Affection Longue Durée (ALD).
- ✓ **Prestations supplémentaires**
 - Jusqu'à 15 ans : lit accompagnant, homéopathie/phytothérapie prescrite, orthodontie ;
 - De 16 à 28 ans : contraception, test de grossesse, bouchons d'oreille, sevrage tabagique, vaccins non remboursés par la Sécurité sociale, orthodontie ;
 - De 29 à 54 ans : dentaire non remboursé (prothèse, implant, parodontie, orthodontie), contraception, sevrage tabagique ;
 - À partir de 55 ans : renfort lunettes, renfort prothèses auditives, renfort cure thermique, ostéodensitométrie non remboursée, dentaire non remboursé (prothèse, implant, parodontie, orthodontie), aide aux aidants familial.

Les garanties « de confort » incluses uniquement dans les formules Évolution

Médicaments à Service Médical Rendu modéré (remboursés à 30 % par la Sécurité sociale) ou faible (remboursés à 15 % par la Sécurité sociale). Médecines douces, cures thermales. Chambre particulière. Chirurgie corrective de l'œil.

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 24h/24, 7j/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, notamment prévue, ou de chirurgie ambulatoire, 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 ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les garanties « de confort » (cf. ci-contre) dans les formules « Essentiel ».
- ✗ 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

- ! **Forfait journalier hospitalier** : limité à 90 jours pour les établissements médico-sociaux (sauf MAS et EHPAD).
- ! **Chambre particulière** : 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 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.
- ! **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** : forfait global annuel pour les actes d'ostéopathie, psychologie, psychothérapie, psychomotricité, podologie, réflexologie plantaire, chiropraxie, étioopathie, sophrologie, microkinésithérapie, shiatsu, acupuncture, hypnose, naturopathie, diététique, homéopathe, phytothérapeute.



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 internet 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.