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 vous bien avec la Mutuelle Ociane Matmut Niveaux responsables

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat collectif. Il ne prend pas en compte les besoins et demandes spécifiques de l'entreprise (ou autre personne morale) souscriptrice. Vous trouverez l'information complète sur le produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau des garanties annexé.

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

Cette complémentaire santé est destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de vos salariés en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de l'Assurance Maladie Obligatoire. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables, le panier des soins minimum de l'ANI et les exigences conventionnelles de la branche.

QU'EST-CE QUI EST ASSURÉ ?

Ces garanties permettent aux salariés de bénéficier du 100 % Santé en optique, dentaire et aides auditives. 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 garanties choisi. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées. **Une somme peut éventuellement rester à la charge de votre salarié**.

Garanties systématiquement prévues

✓ **Hospitalisation et maternité** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier, transport sanitaire, forfait patient urgences.

✓ **Soins courants** : 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 solidaire vaccin antigrippe, vaccins non remboursés par la Sécurité sociale, forfait solidaire soutien psychologique, transport sanitaire.

✓ **Frais optiques** : lunettes (monture et verres), lentilles remboursées par la Sécurité sociale, lentilles non remboursées par la Sécurité sociale et chirurgie corrective de l'œil à compter du niveau « Bien pour ma tête » niveau 2.

✓ **Soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale** : soins dentaires, inlay-onlay, prothèses dentaires (couronnes, bridges, inlay-core), orthodontie.

✓ **Soins dentaires non remboursés par la Sécurité sociale** : prothèses, implant racine, parodontie, orthodontie.

✓ **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 « Bien dans mon âge » incluses**

- **Jusqu'à 16 ans** : consultations d'ergothérapeutes et de psychomotriciens, dépistage des troubles du développement, lunettes anti-lumière bleue.
- **De 17 à 54 ans** : sevrage tabagique, contraception, test de grossesse et d'ovulation.
- **55 ans et plus** : ostéodensitométrie non remboursée par la Sécurité sociale, pédicure, participation financière à une activité sportive (licence).

Les services systématiquement prévus

✓ **Les services de médecines à distance** : téléconsultation, deuxième avis médical, livraison de médicaments à domicile.

✓ **Les services et prestations « Bien dans ma vie »** :

- le tiers payant auprès des professionnels de santé ;
- des avantages tarifaires optique et audio avec Itelis ;
- sensibiliser et protéger les familles du numérique ;
- coaching santé en ligne ;
- services en ligne dans votre espace personnel ;
- apprentissage des gestes qui sauvent.
- ligne d'écoute et d'accompagnement Allo Léa.

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.

✓ Aide psychologique : entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien et, si nécessaire, entretiens physiques.

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

Les garanties optionnelles « Bien pour mon budget » :

- **Confort Hospi** : chambre particulière, chambre particulière en ambulatoire, lit accompagnant ;
- **Confort Pharma** : médicaments à Service Médical Rendu modéré (remboursés à 30 % par la Sécurité sociale) ou faible (remboursés à 15 % par la Sécurité sociale), homéopathie/phytothérapie prescrite, certains paniers de médicaments non remboursés par la Sécurité sociale avec prescription médicale ;
- **Confort Médecines Douces** : ostéopathie, psychologie, psychothérapie, réflexologie plantaire, chiropraxie, étiopathie, sophrologie, microkinésithérapie, shiatsu, acupuncture, hypnose, naturopathie, diététique, homéopathe, psychothérapeute.

La garantie optionnelle « Bien à l'hôpital » : indemnités de 15 € par jour pour limiter le reste à charge éventuel lors des hospitalisations.
La garantie optionnelle « Bien dans mon rôle d'aidant » : conseils et services d'accompagnement pour organiser la vie quotidienne en cas de perte d'autonomie d'un proche.

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 ?

Principales exclusions du contrat responsable

! La participation forfaitaire et les franchises sur les boîtes de médicaments

! 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

! **Médecines douces** : 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.

! **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 exclus).

! **Chambre particulière** : la prise en charge de la chambre particulière est limitée à 30 jours par année civile, comprenant la convalescence, la rééducation, la psychiatrie et les établissements médico-sociaux.

! **Forfait solidaire soutien psychologique** : chez un psychologue diplômé et sur présentation d'une facture nominative acquittée jusqu'au 31 décembre 2025.

! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.

! **Audiologie** : prise en charge limitée à un équipement par période de 4 ans par oreille.

! **Forfait solidaire vaccin antigrippe** : sur facture pharmaceutique nominative acquittée jusqu'au 31 décembre 2025.

! **« Bien à l'hôpital »** : les indemnités sont versées à partir du 4e jour d'hospitalisation dans la limite de 90 jours par an, dont 30 jours en psychiatrie.

! **« Bien à l'hôpital » et « Bien dans mon rôle d'aidant »** : délais de carence de 3 mois en cas de souscription postérieure. Forfait solidaire soutien psychologique : forfait limité en nombre d'actes et montant en euros chez un psychologue diplômé et 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 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 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.