

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 PRO**, réservé aux travailleurs indépendants, 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 ?

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 %*) et modéré (remboursés à 30 %*)
- ✓ **Frais optiques** : lunettes (monture et verres), lentilles
- ✓ **Frais dentaires** : soins dentaires, inlay-onlay, couronnes, inlay-core, orthodontie remboursée* et autres actes prothétiques remboursés*
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** dont prothèses auditives

Les garanties optionnelles

Chambre particulière - Lit accompagnant
Médicaments à service médical rendu faible (remboursés à 15 %*)
Cure thermale
Chirurgie corrective de l'œil
Frais dentaires : parodontie, endodontie, implant dentaire, orthodontie non remboursée*
Prime d'inscription naissance ou adoption
Prévention et Médecines douces : vaccins, contraceptifs, sevrage tabagique, ostéopathie et chiropraxie, podologie, diététiciens et psychologues, santé et développement de l'enfant de moins de 16 ans
Protection « Gros Pépin » : prothèses externes prises en charge* (capillaire, oculaire, mammaire), actes de chirurgie plastique réparatrice pris en charge*, suivi psychologique prescrit en cas d'Affection de Longue Durée

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 et e-opticiens Optistya : tarifs négociés chez les opticiens 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

L'assistance systématiquement prévue

- ✓ En cas d'hospitalisation imprévue : présence d'un proche à votre chevet, prise en charge des enfants, des ascendants dépendants, aide à domicile...
- ✓ En cas de frais médicaux à l'étranger suite à un accident ou une maladie à caractère imprévisible : prise en charge des frais jusqu'à 7 650 € TTC par bénéficiaire

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 transports et les frais de séjour liés aux postcures et aux cures thermales, si le séjour n'est pas effectué en milieu hospitalier
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale
- ✗ Les séjours facturés par les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD) ou les aériums, préventorium, et sanatoriums



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
- ! **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
- ! **Prévention et Médecines douces** : forfait global annuel pour les vaccins, les contraceptifs, le sevrage tabagique, l'ostéopathie et chiropraxie, la podologie, diététiciens et psychologues, la santé et le développement de l'enfant de moins de 16 ans
- ! **Protection « Gros Pépin »** : forfait global annuel pour les prothèses externes prises en charge* (capillaire, oculaire, mammaire), les actes de chirurgie plastique réparatrice pris en charge*, le suivi psychologique prescrit en cas d'Affection de Longue Durée

* Par la Sécurité sociale.



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 **Ociane Groupe Matmut**,
- fournir tous documents justificatifs demandés par **Ociane Groupe 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 par chèque, TIP ou 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 une lettre recommandée au moins deux mois avant cette date,
- 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 lettre recommandée dans les 20 jours qui suivent la date de notification de la modification.