

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le contrat collectif obligatoire :

MMJ OFFRE-COLLECTIVE 2024

MMJ – Mutuelle immatriculée en France sous le N° Siren 775 657 521 et régie par les dispositions du livre II du code de la mutualité

Assisteur : IMA ASSURANCES - Entreprise d'assurance française régie par le Code des assurances - S.A. d'assurance au capital de 7 000 000 € immatriculée sous le N° Siren 481.511.632 RCS Niort, dont le siège social est situé 118, avenue de Paris – 79 033 Niort Cedex 9



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 pré contractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

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

Le contrat collectif 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. Il est établi sur la base de l'accord social signé au sein de l'entreprise EROS SECURITY le XX/XX/2024



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. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à charge de l'adhérent.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport, dépassement d'honoraires (selon garantie)
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Consultations, visites médecins, examens médicaux, auxiliaires médicaux, radiologie, analyses médicales, Médicaments à service médical rendu (SMR) élevé ou modéré (remboursés à 65%, 30% et 15% par la Sécurité sociale)
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact, chirurgie réfractive
- ✓ **Frais dentaires** : Soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie, implantologie, parodontologie
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : audioprothèses, prothèses et orthèses
- ✓ **Prévention et bien-être** : Cure thermale, transport, ostéopathie, chiropractie, acupuncture, psychologue, psychomotricien, psychothérapeute, contraceptifs, substituts nicotiques, vaccins non remboursés, ostéodensitométrie

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Le tiers payant pour éviter de faire l'avance de frais chez la plupart des professionnels de santé.
- ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires)
- ✓ Télémédecine

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Prestation d'assistance notamment en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile

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 indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - dans les unités ou centres de long séjour
 - dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD)



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

Les principales exclusions du contrat responsable

- ! La participation forfaitaire de 1€ (tarif en vigueur au 01/01/2024) 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

- ! **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.
- ! **Appareillage auditif** : remboursement limité à 2 appareils par an. Un renouvellement tous les 4 ans
- ! **Prévention et bien-être** : 40€/ acte dans la limite d'un plafond annuel (hors formule ANI où il n'y a pas de remboursement)



OU SUIS-JE COUVERT ?

- 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**
 - **A la souscription du contrat :**
 - Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par la mutuelle,
 - Fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle,
 - 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 la mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins par la caisse d'assurance maladie.
- **Informez la mutuelle des modifications qui surviennent dans votre situation ou celles de vos ayants droit dans le mois qui suit :**
 - 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 dues pour l'année civile (ou la fraction restant à courir à compter de la date d'adhésion). Elles sont réglées mensuellement ou en plusieurs fractions sans frais supplémentaires selon les modalités prévues au contrat.
- Les cotisations sont soit prélevées sur le salaire (pour les salariées et leurs ayants droit) soit prélevées sur un compte bancaire.



QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

- Elle commence à la date d'embauche pour les salariés et à la date du dépôt du bulletin de souscription pour les ayants droit
- L'affiliation prend fin
 - le jour de la rupture du contrat de travail hormis les cas, visés ci-après, de maintien temporaire de la garantie pendant une durée maximale de 12 mois dans le cadre de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, en cas de bénéfice des allocations chômage de Pôle Emploi. ;
 - le jour de la suspension de votre contrat de travail sans maintien de rémunération ni maintien d'une indemnité financée par votre employeur et en l'absence de demande de votre part de bénéficier de la possibilité de maintien des garanties à titre facultatif ;
 - au jour du décès ;
 - le jour de la résiliation du contrat d'assurance auquel a adhéré l'employeur
- Les garanties sont souscrites par l'employeur dans le cadre de l'année civile. L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année, quelle que soit la date d'adhésion initiale, sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.



COMMENT PUIS-JE RESILIER LE CONTRAT ?

- Au moment de la fin du contrat de travail, en communiquant le certificat de fin de travail.
 - En cas de contrat collectif familial, en faisant la demande à la mutuelle sur présentation de pièces justificatives
- Pour les ayants droit :
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle, en vous adressant à la mutuelle
 - 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