

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le contrat à adhésion individuelle:

COMPLEMENTAIRE SANTE : MMJ-LES ESSENTIELLES HOSPIT SANTE

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

Assisteurs : 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 ?

Ce produit 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 l'Assurance maladie française.

Ce produit n'est pas soumis aux règles des contrats responsables et solidaires définis par l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale



QU'EST-CE QUI EST ASSURE ?

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** : dépassement d'honoraires du ticket modérateur des honoraires, frais de séjour, transport, Remboursement intégral du forfait journalier hospitalier et du forfait participation acte lourd
- ✓ **Autres frais** : télévision, coiffeur, pédicure, manucure, fournitures médicales

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Le tiers payant pour éviter de faire l'avance de frais chez la plupart des professionnels de santé.
- ✓ 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 ASSURE ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués dans les unités ou centres de long séjour et 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 l'AMO.
- ✗ Le forfait journaliser 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

- ! La liste des garanties est exhaustive, les garanties suivantes non présentes dans la grille de prestations ne sont pas remboursées :
- ! Les actes relevant du 100% santé ;
- ! Les soins courants : consultations, visites, examens médicaux, auxiliaires médicaux, actes d'imagerie, analyses médicales, prescriptions médicales ;
- ! Les prestations optiques : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact, chirurgie réfractive ;
- ! Les prestations dentaires : soins, prothèses fixes et amovibles, parodontologie, orthodontie, implantologie ;
- ! Appareillage : audioprothèses, prothèses et orthèses ;
- ! Autres prestations : Cure thermale, Dispositif mon soutien psy.

Les principales restrictions

- ! Les garanties sont ouvertes au terme d'un **délai de carence de neuf mois**. Il n'y a pas de délai de carence en cas d'hospitalisation consécutive à un accident corporel dûment justifié
- ! Les autres frais doivent faire l'objet d'une dépense durant l'hospitalisation et au sein de l'établissement



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 ma situation ou celles de mes 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 situation professionnelle : perte d'emploi, départ à la retraite.



QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

- Les cotisations sont dues mensuellement pour l'année civile (ou la fraction restant à courir à compter de la date d'adhésion).
- Elles font l'objet d'un appel annuel et sont payables mensuellement par prélèvement bancaire.



QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

- La couverture commence à la date d'effet du contrat indiquée sur le bulletin d'adhésion.
- En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).
- Les garanties sont souscrites pour 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 aux statuts et règlements.



QUAND PUIS-JE RESILIER LE CONTRAT ?

- Vous pouvez mettre fin au contrat en adressant à la MMJ une lettre recommandée ou tout autre support durable :
 - au plus tard le 31 octobre de l'année en cours pour effet au 1er janvier de l'année suivante, ou dans les 20 jours de la réception de l'appel de cotisation si celle-ci intervient postérieurement à la date susvisée du 31 octobre,
 - en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis,
 - à tout moment après l'expiration d'un délai d'un (1) an à compter de la date de première souscription.