

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le contrat à adhésion individuelle:

SURCOMPLEMENTAIRE SANTE : OPTIMA SUP et MAX

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.

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

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : consultations, visites médecins, radiologie, médicaments inscrits à l'agence nationale de sécurité du médicament
- ✓ **Frais optiques** : Verres et lentilles de contact
- ✓ **Frais dentaires** : prothèses dentaires fixes (couronnes, bridges, implants), orthodontie, parodontologie, inlay-onlay
- ✓ **Appareillages remboursés par l'Assurance maladie** : audioprothèses, prothèses et orthèses orthopédiques
- ✓ **Prévention et bien-être** : acupuncteur, chiropracteur, diététicien, ergothérapeute, étiope, homéopathe, ostéopathe, psychologue, psychothérapeute, psychomotricien, pédicure-podologue,
- ✓ **Autres prestations** : cure thermale remboursée par l'Assurance maladie (frais complémentaires, soins de confort et complément tarifaire)

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Télémédecine

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

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



QU'EST-CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

- ✗ 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 du contrat responsable

- ! La participation forfaitaire de 2€ sur les consultations ;
- ! Les franchises de 1€ sur les boîtes de médicaments et actes paramédicaux ;
- ! La franchise de 4€ sur les transports ;
- ! 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 (1 monture + 2 verres) par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un bénéficiaire de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Aides auditives** : remboursement limité à une aide auditive par Oreille par période de 4 ans dans la limite du plafond de remboursement de 1 700€ incluant le remboursement de l'AMO.
- ! **Prévention et bien-être** : le remboursement est assorti d'un forfait limité à un nombre de séance.



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.