

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Intérieure – Mutuelle soumise au livre II du Code de la mutualité - SIREN 775 685 365

Produit : CONTRAT COLLECTIF A ADHESION FACULTATIVE MINISTERE DE LA JUSTICE - OPTIONS



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 est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels ayants droit en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française et du contrat collectif Frais de santé de base « panier de soins interministériel ». Le contrat couvre également des garanties non prises en charge par la Sécurité sociale. Il s'agit d'un contrat collectif à adhésion facultative souscrit par le Ministère de la justice pour les agents actifs ou retraités du Ministère de la justice et leurs ayants droit bénéficiant d'un contrat collectif pour les garanties de base « panier de soins interministériel ». Le produit tenant compte des garanties de base « panier de soins interministériel » et des options respecte les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge. Pour l'exhaustivité des garanties, se reporter à la notice d'information et ses annexes.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation** : honoraires médecin, forfait journalier hospitalier, forfait actes lourds, frais de séjour, chambre particulière, frais d'accompagnant.
- ✓ **Soins courants** : consultations et visites généralistes, consultations et visites spécialistes, actes techniques médicaux, actes d'imagerie médicale, honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, médicaments, matériel médical, frais de transport en véhicule sanitaire.
- ✓ **Dentaire** : soins et prothèses « 100% Santé », soins hors « 100% Santé », prothèses hors « 100% Santé », implantologie, orthodontie.
- ✓ **Aides auditives** : équipements « 100% Santé », équipements à tarif libre, accessoires remboursés par la Sécurité sociale.
- ✓ **Optique** : équipements « 100% Santé », équipements à tarif libre, autres prestations lentilles prescrites prise ou non en charge y compris lentilles jetables, chirurgie réfractive dont kératotomie.
- ✓ **Autres postes** : cures thermales acceptées par la Sécurité sociale, médecines additionnelles et de prévention (médecine douce : Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étio-pathe, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue/ contraception, test de grossesse/ , psychologue/actes refusés par la Sécurité sociale (vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique, forfait maternité, prévention (amniocentèse, dépistage prénatal non invasif, tout acte de prévention remboursé par la sécurité sociale).

Les garanties précédées d'une ✓ 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.
- ✗ Le forfait journalier hospitalier facturé par les établissements médico-sociaux.
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire et les franchises médicales sur les consultations et actes réalisés par un médecin, les actes d'imagerie médicale, les analyses et examens de laboratoire 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.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Optique** : remboursement limité à un équipement (monture et/ou 2 verres) sur une période de 2 ans pour les assurés de 16 ans et plus, réduite à 1 an en cas d'évolution de la vue pour les enfants de moins de 16 ans ou par période de 6 mois pour les enfants de jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage.
- ! **Aides auditives** : remboursement limité à une aide auditive par oreille par période de 4 ans.
- ! **Implant** : remboursement limité à 2 implants par an ; couronne sur implant : limité à 2 couronnes tous les 2 ans.
- ! **Médecine douce** : remboursement limité selon l'option choisie à 3, 6 ou 8 séances par an.
- ! **Psychologues conventionnés remboursés par la Sécurité sociale** (dispositif mon soutien psy) : remboursement limité à 12 séances par an.
- ! **Psychologues non remboursés par la Sécurité sociale** : remboursement limité à 4, 6 ou 8 séances par an, selon l'option choisie.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France métropolitaine, DROM et COM
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés hors de France métropolitaine et hors DROM et COM, le remboursement est effectué s'il y a eu une prise en charge du régime d'assurance maladie obligatoire français, sur la base de remboursement utilisée par l'assurance maladie obligatoire et selon les garanties prévues au contrat.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine des sanctions prévues par la documentation contractuelle :

Pour la mutuelle :

- Remettre au membre participant les Statuts et le Règlement intérieur de la Mutuelle ainsi que la notice d'information;
- Informer les membres participants des modifications apportées à leurs droits et obligations par la remise d'une nouvelle notice d'information.

Pour le bénéficiaire :

- Appartenir aux catégories de bénéficiaires susceptibles d'adhérer : les bénéficiaires actifs et retraités relevant du périmètre du contrat ainsi que leurs ayants droit respectifs ;
- Remplir avec exactitude la demande d'adhésion et fournir tous les documents justificatifs demandés par la Mutuelle ;
- Régler la cotisation indiquée en annexe de la notice d'information.
- Transmettre à la Mutuelle les demandes de remboursement dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins par la Sécurité sociale ;
- Fournir les justificatifs nécessaires au versement des prestations.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Le règlement de la cotisation est effectué par prélèvement mensuel sur le compte bancaire du bénéficiaire.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Pour le Souscripteur :

Le contrat collectif est conclu pour une période initiale de trois (3) ans, du 1^{er} octobre 2025 au 30 septembre 2028.

Il est tacitement reconductible trois (3) fois par période d'un an sauf résiliation dans les cas et conditions prévues au contrat.

Sa durée globale maximale est de six (6) ans.

Pour le bénéficiaire :

La date de prise d'effet de l'affiliation au contrat collectif est :

- à la date de prise d'effet des garanties Frais de santé du « panier de soins interministériel » du membre participant, si l'adhésion de ce dernier aux garanties Frais de santé de base du « panier de soins interministériel » et au présent contrat est simultanée ;
- au plus tard, deux mois après la validation de l'adhésion du membre participant.

La couverture prend fin :

- à la date de résiliation du présent contrat collectif ;
- pour le bénéficiaire, à la date où il cesse de remplir les conditions pour être bénéficiaire du contrat ;
- pour l'ayant-droit : à la même date que celle du membre participant ou à la date où il cesse de remplir les conditions pour être ayant droit du contrat ;
- à la date du décès du membre participant ou de l'ayant droit.



Comment puis-je résilier le contrat ?

- à la date d'échéance principale du contrat, en nous adressant une lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu par l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité, ou via la fonctionnalité de résiliation accessible à partir de l'espace adhérent, au moins deux (2) mois avant la date d'échéance pour le membre participants;
- après expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'effet de l'adhésion, à tout moment, sans frais ni pénalité, en nous adressant une lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu par l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité. La résiliation prend alors effet un mois après réception par la Mutuelle de la notification ;
- en cas de modification de vos droits et obligations, dans le délai d'un mois à compter de la remise de la notice d'information.