

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

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

Produit : CONTRAT COLLECTIF A ADHESION FACULTATIVE MINISTERE DE LA JUSTICE – AYANTS DROIT – Panier de soins interministériel

INTÉRIALE

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 des ayants droit des bénéficiaires actifs ou des bénéficiaires retraités en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Le contrat couvre également des frais de santé non pris en charge par la Sécurité sociale. Il s'agit d'un contrat collectif à adhésion facultative souscrit par le ministère de la justice et des établissements publics et autorités indépendantes rattachés pour les ayants droit de leurs agents actifs ou retraités bénéficiant d'un contrat collectif similaire. Il peut être complété par des garanties facultatives. 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 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, étioathe, 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, prévention (amniocentèse, dépistage prénatal non invasif, , tout acte de prévention remboursé par la sécurité sociale).

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Assistance santé à domicile et déplacement
- ✓ Réseau de soins ITELIS
- ✓ Téléconsultation et prise de rendez-vous médicaux
- ✓ 2^e avis médical
- ✓ Services pour les personnes en perte d'autonomie et leur famille
- ✓ Impulsion santé

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 ou 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 à 2 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 séances par an.



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 ayant droit :

➤ A l'adhésion :

- Répondre aux conditions prévues par la notice d'information pour être un ayant droit d'un membre participant affilié aux garanties Frais de santé « panier de soins interministériel » ;
- Le membre participant auquel l'ayant droit est rattaché doit remplir avec exactitude la demande d'affiliation et fournir tous justificatifs demandés par la Mutuelle ;
- Le membre participant auquel l'ayant droit est rattaché doit régler la cotisation indiquée en annexe de la notice d'information.

➤ Pour le versement des prestations :

- 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 membre participant.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

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 ayant droit :

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

- soit à la date de prise d'effet des garanties du membre participant, si leur affiliation est concomitante ;
- soit au plus tard, à la date du premier jour du mois qui suit la date de la demande d'affiliation, dans les autres cas.

La couverture prend fin :

- à la date à laquelle l'ayant droit ne répond plus aux conditions prévues pour être défini comme ayants droit ;
- à la même date que celle du bénéficiaire actif ou retraité auquel l'ayant droit est rattaché en tant qu'ayant droit ;
- à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion au présent contrat ;
- au jour du décès de l'ayant droit.



Comment puis-je résilier le contrat ?

à la date d'échéance annuelle du contrat, en 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, deux (2) mois avant la date d'échéance pour le membre participants ;

- à tout moment et par tout moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'effet de l'adhésion. La résiliation prend alors effet un mois après réception par la Mutuelle de la notification.

