

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 OBLIGATOIRE MINISTRE DE LA JUSTICE – BENEFICIAIRES ACTIFS – 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 de l'assuré 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 obligatoire souscrit par le ministère de la justice et les établissements publics et autorités indépendantes rattachés pour leurs agents actifs en France. 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, 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, 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 médicale 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 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 (y compris Mayotte), en Polynésie française et en Nouvelle-Calédonie (durant les 6 premiers mois pour ce dernier territoire) ;
- ✓ 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 membre participant :

- **A l'adhésion :**
 - Appartenir au personnel actif relevant du périmètre du contrat ;
 - Remplir avec exactitude la demande d'adhésion et fournir tous justificatifs demandés par la Mutuelle.
- **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 ?

Les cotisations sont réglées à la Mutuelle par le Souscripteur mensuellement à terme échu à partir des éléments transmis via la DSN. Le souscripteur précompte mensuellement les cotisations sur la rémunération du bénéficiaire actif.



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 membre participant :

La date de prise d'effet de l'affiliation au contrat collectif est le 1^{er} octobre 2025 pour les bénéficiaires actifs présents lors de la prise d'effet du contrat collectif, ou la date d'embauche si celle-ci est postérieure à la date d'entrée d'effet du contrat collectif, ou à la date de fin de la dispense.

Compte tenu du caractère collectif et obligatoire du contrat, le membre participant est affilié tant qu'il a la qualité de bénéficiaire actif du Souscripteur, sauf en cas de cessation des garanties dans les conditions prévues par la notice d'information.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat

Pour le Souscripteur :

- 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 au moins six mois avant la date d'échéance pour le souscripteur. La résiliation prend effet le 30 septembre à 24 heures suivant la date de réception de la notification par la Mutuelle ;
- 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.

Pour le membre participant : Le contrat étant à adhésion obligatoire, le membre participant ne peut résilier à titre individuel et de son propre fait.

