

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

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

IMA ASSURANCES, SA au capital de 157 000 000 euros, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9, RCS Niort 481.511.632

Produit : OMNIALE (formules Préma, Supra, Ultima)

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 et des éventuels ayants droit en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales et réglementaires des contrats responsables. L'adhésion à l'offre OMNIALE est facultative.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction de la formule de garantie choisie, et 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 au Règlement mutualiste et ses annexes.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Soins courants** : Honoraires médicaux (consultations et visites généralistes, spécialistes et actes techniques médicaux) ; honoraires paramédicaux ; analyses et examens de laboratoire ; actes d'imagerie médicale et échographie ; tous les médicaments prescrits remboursés, médicaments non remboursés dont homéopathie ; matériel médical.
- ✓ **Prévention et accompagnement** : substituts nicotiniques ; semelles orthopédiques ; crème solaire et vaccins non remboursés par la Sécurité sociale ; protections périodiques et protections urinaires ; consultations de psychologues, psychothérapeutes, psychomotriciens, ergothérapeutes ; ostéopathes, étiopathes, acupuncteurs, chiropracteurs, pédicures-podologues, homéopathes ; Allocation cancer.
- ✓ **Dentaire** : Soins et prothèses « 100% Santé » ; Soins et prothèses « à tarifs maîtrisés ou libres » (consultations et soins dentaires, prothèses dentaires) ; orthodontie.
- ✓ **Optique** : Equipements (monture et verres) « 100% Santé » ; équipements (monture et verres) « à tarifs libres » ; lentilles remboursées par la Sécurité sociale ; matériel pour amblyopie.
- ✓ **Aides auditives et accessoires** : Equipements « 100% Santé » ; équipements à tarifs libres ; accessoires (dont piles).
- ✓ **Hospitalisation** : Honoraires (médicaux et chirurgicaux) ; forfait journalier hospitalier ; forfait patient urgences ; forfait actes lourds ; frais de séjour ; frais de transport ; chambre particulière ; frais d'accompagnement ; forfait TV, tél, wifi.
- ✓ **Maternité** : prime naissance / adoption.
- ✓ **Assistance à domicile** : assistance en cas d'hospitalisation, de maternité, de cancer, de décès.
- ✓ **Protection juridique** (santé et pénale professionnelle) : information juridique par téléphone, défense pénale professionnelle, recherche d'une solution amiable et mise en œuvre d'une action en justice en cas de litige.

LES GARANTIES NON SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- **Dentaire** : implantologie, parodontologie et orthodontie non remboursées par la Sécurité sociale et complément de forfait dentaire.
- **Optique** : chirurgie réfractive ; lentilles non remboursées par la Sécurité sociale.
- **Hospitalisation** : complément de forfait hospitalisation.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ **Réseau de partenaires à tarifs préférentiels** (opticiens, chirurgiens-dentistes, implantologues, diététiciens, ostéopathes, chiropracteurs et audioprothésistes partenaires).
- ✓ **Service de téléconsultation médicale**
- ✓ **Services d'accompagnement** : analyse de devis en cas d'hospitalisation, recherche d'infirmières, coaching sportif / sommeil et diététique...
- ✓ **2^{ème} avis médical**.
- ✓ **Conseil à l'hébergement en cas de handicap**

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 de l'adhésion au contrat.
- ✗ Sont exclus les frais d'hospitalisation long séjour facturés par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire 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 (OPTAM et OPTAM-ACO).

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Optique et Aides auditives** : panier « 100% Santé » limité aux Prix Limites de Vente.
- ! **Dentaire** : panier « 100 % Santé » et panier à « Tarifs Maîtrisés » limités aux Honoraires Limites de Facturation.
- ! **Implantologie** limitée à un implant par an.
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement (monture et 2 verres) sur une période de 2 ans sauf pour les cas de renouvellement anticipé, période notamment réduite à 1 an pour une personne âgée de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Aides auditives** : prise en charge limitée à une aide auditive par oreille par période de 4 ans dans la limite de 1 700€.
- ! **Forfait TV, tél, wifi** : franchise absolue de 2 jours par hospitalisation.
- ! **Frais d'accompagnement** : sous condition d'âge et/ou de handicap de l'ayant droit.



Où suis-je couvert ?

- En France ou à l'étranger.
- Dans le cas où les soins ont été dispensés dans un COM ou à l'étranger, le remboursement se fait en complément d'un remboursement effectué par un organisme étranger de sécurité sociale équivalent à la Sécurité sociale française, ou par un régime de base d'Outre-mer, et sur la base du remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

A l'adhésion de la garantie (à défaut, non prise d'effet de la garantie)

- Remplir les critères d'adhésion suivants : relever d'un régime obligatoire d'assurance maladie français (ou relever d'une couverture de base), appartenir à la population susceptible d'adhérer définie par le Règlement Mutualiste.
- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par la Mutuelle.
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la Mutuelle.
- Régler la cotisation (ou première fraction de cotisation) indiquée en annexe du Règlement Mutualiste.

En cours de contrat

- **à défaut, suspension puis résiliation de la garantie :**
Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) due.
- **à défaut, non prise en compte de la nouvelle situation sur les cotisations et les prestations :**
Informez et justifiez à la Mutuelle des événements suivants dans un délai de quatre mois à compter de l'événement (les modifications prennent alors effet le premier jour du mois suivant la date de survenance de l'événement) :
 - Changements de situation familiale : changement d'adresse, modification de votre composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité.
 - Changements de situation administrative : mutation, changement d'échelon, de grade et d'indice, congé parental, congé de formation professionnelle, disponibilité pour tous motifs, invalidité, retraite, suspension, révocation, radiation des cadres.

En cas de sinistre

- **à défaut, non règlement des sinistres :**
 - Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations.
 - Faire parvenir les demandes de remboursements à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date des soins.
- **à défaut, recouvrement contentieux des sommes dues :**
Rembourser toute prestation indûment versée.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Votre cotisation est annuelle. Vous devez la régler par avance à échéance annuelle. Le règlement se fait par prélèvement automatique sur votre compte bancaire, ou exceptionnellement par chèque sur accord de la Mutuelle.

Vous pouvez régler votre cotisation mensuellement. Dans ce cas, la cotisation est payable à terme échu.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion prend effet le lendemain de la date de résiliation de votre ancien contrat d'assurance (lorsque la Mutuelle a été mandatée dans le cadre de la résiliation infra-annuelle) ou le jour que vous indiquez librement sur le bulletin d'adhésion (sans rétroactivité). Par exception, l'adhésion peut prendre effet le lendemain de la date de radiation de votre ancien organisme assureur, à condition que la demande d'adhésion intervienne 3 mois suivant la date de radiation de l'ancien organisme, sous réserve de la fourniture du certificat de radiation, et si vous étiez précédemment couvert par une garantie couvrant les frais de santé au moins équivalente.

A compter du moment où vous êtes informé que l'adhésion au Règlement Mutualiste a pris effet, vous disposez d'un délai de 30 jours calendaires révolus pour renoncer à votre adhésion par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité.

L'adhésion est valable pour une année civile, du 1^{er} janvier au 31 décembre à minuit. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année pour une durée d'un an.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin à votre adhésion :

- tous les ans, en envoyant une notification de fin d'adhésion à la Mutuelle au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. La demande prend effet au 1^{er} janvier de l'année suivante.
- à tout moment, sans frais ni pénalités, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'effet de l'adhésion. La demande prend alors effet un mois après que la Mutuelle en a reçu notification par le membre participant.

Pour résilier, vous devrez envoyer la notification à la Mutuelle selon votre choix, par lettre ou tout autre support durable, acte extrajudiciaire, par le même mode de communication à distance que celui proposé par la Mutuelle pour l'adhésion, ou via la fonctionnalité de résiliation accessible à partir de votre espace adhérent.