

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 ?

Le produit PHARMA + est destiné à compléter le remboursement de l'offre de base sur tout ou partie des frais de santé pharmacie 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 contrat s'adresse aux agents du Ministère de la Justice. L'adhésion est facultative.



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 au Règlement Mutualiste et ses annexes.

Les remboursements de PHARMA + interviennent en complément des remboursements de la Garantie frais de santé de l'offre de base OFFRE RÉFÉRENCÉE DES AGENTS DU MINISTÈRE DE LA JUSTICE choisie.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Médicaments** : les médicaments à Service Médical Rendu modéré (30%), les médicaments à Service Médical Rendu faible (15%) ; médicaments homéopathiques non remboursés par la Sécurité sociale (forfait).

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 d'effet du contrat.
- ✗ Toute autre prestation ne figurant pas au tableau des garanties.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT

- ! La franchise médicale de 0,50€ par boîte de médicaments. La franchise médicale est une somme qui est déduite des remboursements effectués par la caisse d'assurance maladie.



Où suis-je couvert ?

- En France, dans les départements d'Outre-mer, les COM et à l'étranger.
- Pour les soins réalisés à l'étranger ou dans les COM : 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.



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 deux mois à compter de l'évènement (les modifications prennent alors effet le premier jour du mois suivant la date de survenance de l'évènement) :
 - . Changement 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.
 - . Changement de situation administrative : profession, révocation ou 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.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Le paiement de la cotisation s'effectue dans les mêmes conditions et aux mêmes échéances que le règlement des cotisations dues au titre de votre garantie de base.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La garantie prend effet au jour de la prise d'effet de la garantie de l'offre de base ou au jour que vous indiquez librement sur le bulletin d'adhésion (sans rétroactivité).

L'adhésion à la garantie « PHARMA+ » est valable pour une année civile. L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année pour une durée d'un an, sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au Règlement Mutualiste.

La garantie « PHARMA+ » étant une option de l'offre de base, elle cesse obligatoirement et de plein droit à la date à laquelle ladite garantie de l'offre de base cesse, et ce quelle qu'en soit la cause.

A compter de la prise d'effet de l'adhésion, vous disposez d'un délai de 14 jours calendaires pour renoncer à votre adhésion par lettre recommandée avec accusé de réception.



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 ou par le même mode de communication à distance que celui proposé par la Mutuelle pour l'adhésion.