

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

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

Produit : OFFRE RÉFÉRENCÉE DES AGENTS DU MINISTÈRE DE LA JUSTICE

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 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 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 contrat s'adresse aux agents du Ministère de la Justice et de leurs éventuels ayant droit. L'adhésion est facultative. Le produit respecte les conditions légales et réglementaires des contrats responsables.



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 ; médicaments à service médical rendu majeur ou important (65%) ; matériel médical.
- ✓ **Prévention et accompagnement** : Consultations de psychologues et psychomotriciens ; sevrage tabagique ; tous les actes de prévention pris en charge par la Sécurité sociale.
- ✓ **Dentaire** : Soins et prothèses « 100 % Santé » ; soins et prothèses à « tarifs maîtrisés ou libres » ; orthodontie remboursée par la Sécurité sociale.
- ✓ **Optique** : Equipements (monture et verres) « 100 % Santé » ; équipements (monture et verres) « à tarifs libres » ; lentilles de contact remboursées par la Sécurité sociale ; matériel pour amblyopie.
- ✓ **Aides auditives** : Equipements « 100 % Santé » ; équipements « à tarifs libres » ; accessoires (dont piles).
- ✓ **Hospitalisation** : Honoraires (médicaux et chirurgicaux) ; frais de séjour ; forfait journalier hospitalier ; forfait patient urgences ; frais de transport ; forfait actes lourds.
- ✓ **Maternité** : Dépistage des trisomies par analyse de l'ADN fœtal circulant non pris en charge par la Sécurité sociale.
- ✓ **Protection juridique** : (santé et pénale professionnelle) : conseils illimités par téléphone, défense pénale professionnelle, gestion amiable et judiciaire d'un litige
- ✓ **Assistance à domicile** : garanties d'assistance en cas d'hospitalisation, d'immobilisation, cancer, décès, maternité et déménagement, soutien psychologique.
- ✓ **Service de téléconsultation médicale**
- ✓ **Cautionnement prêt immobilier**

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ **Réseau de partenaires à tarifs négociés** (opticiens, chirurgiens-dentistes, audioprothésistes, ostéopathes, chiropracteurs, psychologues et diététiciens partenaires).

LES GARANTIES NON SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- **Soins courants** : médicaments à service médical rendu modéré (30%) et médicaments à service médical rendu faible (15%).
- **Prévention et accompagnement** : Consultations ostéopathes, acupuncteurs, chiropracteurs, homéopathes non remboursés, diététiciens ; moyens de contraception ; tests de grossesse ; vaccins et autres médicaments prescrits non remboursés ; ostéodensitométrie non remboursée par la Sécurité sociale.
- **Dentaire** : forfait complémentaire dans le réseau sur tous les soins/actes prothétiques ; parodontologie, endodontie, implantologie non prise en charge par la Sécurité sociale ; orthodontie non remboursée.
- **Optique** : lentilles de contact non remboursées par la Sécurité sociale, chirurgie de l'œil (Myopie, Hypermétropie, Astigmatisme, Presbytie).
- **Hospitalisation** : chambre particulière ; lit d'accompagnement.
- **Maternité** : allocation maternité ; bilan acoustique du nouveau-né.
- **Cures thermales** : transport, forfait, hébergement et honoraires.

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.
- ✗ Le forfait journalier hospitalier facturé par les établissements médico-sociaux.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€ 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-CO).

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Prévention et accompagnement** : ostéopathe, acupuncteur, chiropracteur homéopathe non remboursé, diététicien : limitation à 4 (formule Précision) ou 5 (formule Précaution) séances par an.
- ! **Dentaire** : panier « 100% santé » et panier à « tarifs maîtrisés » limités aux Honoraires Limites de Facturation
- ! **Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale** : traitement limité à 6 semestres ; séance de surveillance limitée à 2 séances maximum par semestre.
- ! **Optique et Aides auditives** : paniers « 100% santé » limités aux Prix Limites de Ventas.
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement (monture et 2 verres) sur une période de 2 ans, réduite à 1 an pour un assuré âgé de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Aides auditives** : prise en charge limitée à un équipement par oreille sur une période de 4 ans.



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, seuls les actes inscrits à la nomenclature française feront l'objet d'un remboursement par la Mutuelle.



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'événement (les modifications prennent alors effet le premier jour du mois suivant la date de survenance de l'événement) :
 - . 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.
- **à défaut, recouvrement contentieux des sommes dues :**
Rembourser toute prestation indûment versée.



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est annuelle, elle est payable par avance à échéance annuelle par le membre participant. Elle peut toutefois être fractionnée mensuellement, et dans ce cas être payable à terme échu.

Si vous êtes en activité, la cotisation fait l'objet d'un précompte sur votre rémunération chaque fois que cela est possible. À défaut de précompte, elle fait l'objet d'un prélèvement automatique sur compte bancaire, d'un paiement par carte bancaire, ou exceptionnellement d'un paiement par chèque sur accord de la Mutuelle.

Si vous êtes retraité, la cotisation fait l'objet d'un prélèvement automatique sur votre compte bancaire ou d'un paiement par carte bancaire ou exceptionnellement d'un paiement par chèque sur accord de la Mutuelle.



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),

A compter de la prise d'effet de l'adhésion au Règlement Mutualiste, vous disposez d'un délai de 30 jours calendaires pour renoncer à votre adhésion par lettre recommandée avec accusé de réception.

L'adhésion au Règlement Mutualiste est valable pour une année civile, du 1^{er} janvier au 31 décembre à minuit. Elle se renouvelle 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 ou par le même mode de communication à distance que celui proposé par la Mutuelle pour l'adhésion.



Intériale — Siège social : 32, rue Blanche, 75009 Paris — www.interiale.fr
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, N° SIREN : 775 685 365

