

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance
Compagnie : MMJ- Mutuelle immatriculée en France
et régie par le Code de la Mutualité – 775 657 521

COMPLEMENTAIRE SANTE : MMJ-LES ESSENTIELLES HOSPIT' SANTE

Assisteur : IMA ASSURANCES - Entreprise d'assurance française régie par le Code des assurances - S.A. d'assurance au capital de 7 000 000 euros, immatriculée sous le numéro 481.511.632 RCS Niort, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - 79000 Niort



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 ?

Ce produit est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de l'Assurance maladie française et d'une complémentaire santé.

Ce produit n'est pas soumis aux règles des contrats responsables et solidaires définis par l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à charge de l'adhérent.

LES GARANTIES PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : Dépassement d'honoraires chirurgiens, obstétriciens, anesthésistes, chambre particulière dans la limite de 90 jours par an, frais d'accompagnant dans la limite de 90 jours par an
- ✓ **Autres frais** : télévision, coiffeur, pédicure, manucure, fournitures médicales

Le montant des prestations versées ne peut excéder celui des dépenses engagées.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Télémédecine

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Prestation d'assistance notamment en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile

Les garanties précédées d'une coche ✓ 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
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - dans les unités ou centres de long séjour
 - dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale
- ✗ Le forfait journaliser facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD)



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! La liste des garanties est exhaustive, les garanties non présentes ne sont pas remboursées.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! Les garanties sont ouvertes au terme d'un délai de carence de neuf mois. Il n'y a pas de délai de carence en cas d'hospitalisation consécutive à un accident corporel dûment justifié
- ! Les autres frais doivent faire l'objet d'une dépense durant l'hospitalisation et au sein de l'établissement



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par la mutuelle
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins par la caisse d'assurance maladie
- Informer la mutuelle des modifications qui surviennent dans ma situation ou celles de mes ayants droit dans le mois qui suit



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont dues pour l'année civile (ou la fraction restant à courir à compter de la date d'adhésion). Elles font l'objet d'un appel annuel et sont payables mensuellement par prélèvement bancaire.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée selon les dispositions du règlement intérieur. Il peut y être dérogé sur demande du nouvel adhérent : la date est alors indiquée sur le bulletin d'adhésion. En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).

L'adhésion est annuelle à échéance du 31 décembre de chaque année et se renouvelle par tacite reconduction, sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées aux statuts et règlements



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- en adressant à la MMJ une lettre recommandée au plus tard le 31 octobre de l'année en cours pour effet au 1^{er} janvier de l'année suivante, ou dans les 20 jours de la réception de l'appel de cotisation si celle-ci intervient postérieurement à la date susvisée du 31 octobre,
- en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis,