

elsie
Ociane Matmut

Une offre
modulaire
en fonction
de vos
besoins



MODULE 1 HOSPITALISATION ET SOINS COURANTS

HOSPITALISATION

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
Honoraires ⁽¹⁾	100 %	125 %	175 %
Forfait Journalier Hospitalier ⁽²⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Séjour ⁽³⁾ et transport sanitaire ⁽⁴⁾	100 %	100 %	100 %

SOINS COURANTS

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
Honoraires médicaux Généralistes/Spécialistes ⁽⁵⁾	100 %	125 %	175 %
Honoraires paramédicaux (infirmiers, kinés...)	100 %	100 %	100 %
Ostéopathie	50 €/an	100 €/an	150 €/an
Forfait solidaire soutien psychologique ⁽⁶⁾	60 € x 4 actes	60 € x 4 actes	60 € x 4 actes
Transport sanitaire ⁽⁴⁾	100 %	100 %	100 %
Analyses et examens de laboratoire, Radiologie ⁽⁵⁾	100 %	100 %	100 %
Matériel médical dont orthopédie	100 %	100 %	100 %
Médicaments à Service Médical Rendu important	100 %	100 %	100 %
Forfait vaccin antigrippe ⁽⁷⁾	20 €/an	20 €/an	20 €/an
Cure thermique ⁽⁸⁾	100 %	100 %	100 %

Services inclus supplémentaires :

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
Téléconsultation 24 h/24, 7 j/7 ⁽⁹⁾	OUI	OUI	OUI
Deuxième avis médical ⁽¹⁰⁾	OUI	OUI	OUI

MODULE 2 OPTIQUE

OPTIQUE ⁽¹¹⁾

> Paire de lunettes

Équipement 100 % SANTÉ Classe A ⁽¹²⁾	REMBOURSEMENT INTÉGRAL	REMBOURSEMENT INTÉGRAL	REMBOURSEMENT INTÉGRAL
Équipement à tarif libre Classe B ⁽¹³⁾			
Paire de lunettes jusqu'à 15 ans			
1 monture + 2 verres simples	0,15 €	75 €	125 €
1 monture + 2 verres complexes ou très complexes	0,15 €	200 €	250 €
Paire de lunettes 16 ans et plus			
1 monture + 2 verres simples	0,15 €	125 €	200 €
1 monture + 2 verres complexes ou très complexes	0,15 €	250 €	325 €
Bonus lunettes (sur les 2 verres) après 2 ans ⁽¹⁴⁾	–	+ 50 €	+50 €
> Lentilles			
Lentilles remboursées	100 %	125 €/an	150 €/an
Lentilles non remboursées	–	75 €/an	100 €/an





	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
MODULE 3 DENTAIRE ET APPAREILLAGE			
DENTAIRE			
> Soins remboursés par la Sécurité sociale			
Soins dentaires dont Inlay-Onlay	100 %	100 %	100 %
> Prothèses remboursées par la Sécurité sociale			
Prothèses 100 % SANTÉ ⁽¹⁵⁾	REMBOURSEMENT INTÉGRAL	REMBOURSEMENT INTÉGRAL	REMBOURSEMENT INTÉGRAL
> Prothèses à tarifs maîtrisés/libres ⁽¹⁶⁾			
Couronne fixe sur dent hors molaire ⁽¹⁷⁾	120 €/dent	220 €/dent	350 €/dent
Couronne fixe sur molaire	120 €/dent	180 €/dent	300 €/dent
Inlay-core à tarifs maîtrisés/libres	90 €/dent	120 €/dent	180 €/dent
Couronne transitoire ⁽¹⁸⁾	60 €/dent	60 €/dent	100 €/dent
Autres actes prothétiques (bridge, prothèse mobile...)	100 %	150 %	200 %
> Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale ⁽¹⁹⁾			
Forfait par semestre de traitement actif	193,50 €	300 €	450 €
> Dentaire non remboursé ⁽²⁰⁾ : prothèse ⁽²¹⁾, implant racine, parodontie, orthodontie			
	–	100 €/an	250 €/an
Bonus dentaire sur l'orthodontie remboursée et le dentaire non remboursé après 2 ans ⁽²²⁾			
	–	+ 50 €	+ 50 €
AIDES AUDITIVES ⁽²³⁾			
> Équipement 100 % SANTÉ classe I – Forfait/oreille/4 ans ⁽²⁴⁾			
	REMBOURSEMENT INTÉGRAL	REMBOURSEMENT INTÉGRAL	REMBOURSEMENT INTÉGRAL
> Équipement classe II – Forfait/oreille/4 ans			
Aide auditive moins de 20 ans	1 400 €	1 500 €	1 600 €
Aide auditive 20 ans et plus	400 €	450 €	550 €
AUTRES APPAREILLAGES			
Prothèses mammaires, capillaires, oculaires	100 %	100 %	100 %

RENFORTS OPTIONNELS PAYANTS



RENFORT PHARMA	
Médicaments à Service Médical Rendu modéré	100 %
Médicaments à Service Médical Rendu faible	100 %
Pharmacie non remboursée : homéopathie ^(a) – phytothérapie ^(a) – contraception ^(b) – vaccins ^(c) – sevrage tabac ^(d) – auto-tests ^(e)	50 €/an



RENFORT HOSPI	
Chambre particulière ^(f)	60 €/nuit
Lit accompagnant ^(g)	20 €/nuit
Assistance santé France et étranger ^(h)	OUI



RENFORT MIEUX-ÊTRE	
Médecines douces : ostéopathie (séances en plus), chiropraxie, diététique, podologie, psychologie, hypnose, naturopathie, acupuncture, sophrologie, micro-kinésithérapie, réflexologie plantaire, étiopathie ⁽ⁱ⁾	100 €/an
Service inclus supplémentaire :	
Programmes de coaching personnalisés en ligne pour perdre du poids, reprendre le sport, gérer son stress ou retrouver le sommeil	OUI

Les pourcentages et les forfaits indiqués représentent la part de la Sécurité sociale + la part **Ociane**. Ils s'appliquent sur la Base de Remboursement de la Sécurité sociale, c'est-à-dire le prix de référence des soins fixés par l'Assurance Maladie. Ces garanties sont conformes à la législation en vigueur sur les contrats responsables (sauf niveau HC3 seul) et répondent aux exigences de prise en charge du ticket modérateur telles que définies par le décret 1374 du 18/11/2014, notamment en cas de dépassement des forfaits indiqués dans le tableau des garanties. **Ociane** prend en charge la franchise appliquée sur les actes techniques médicaux égaux ou supérieurs à 120 €. Les forfaits sont versés par année civile (sauf mention contraire), sur présentation de l'original de la facture nominative acquittée et détaillée par acte. Seuls sont pris en charge les soins, actes médicaux ou hospitalisations réalisés après la date d'effet de l'adhésion ou de modification de garantie.

L'offre 100 % SANTÉ s'adresse à toutes les personnes disposant d'une complémentaire santé responsable.

- (1) Y compris la participation forfaitaire pour les actes coûteux. Pour les niveaux ayant des dépassements d'honoraires supérieurs à 100 %, le taux de prise en charge indiqué s'applique aux actes et soins réalisés par des médecins ayant adhéré à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO). Ce taux est minoré de 20 % pour les médecins non adhérents.
- (2) Forfait hospitalier : 20 €/jour sauf psychiatrie (15 €/jour), durée illimitée, sauf pour les établissements médico-sociaux durée limitée à 90 jours, non pris en charge pour les MAS et EPHAD.
- (3) Frais de séjour : 100 %, durée illimitée.
- (4) Transports acceptés par la Sécurité sociale.
- (5) Y compris la participation forfaitaire pour les actes coûteux. Hors parcours de soins coordonnés, la prise en charge est limitée à 100 % de la Base de Remboursement hors majoration du ticket modérateur appliquée par la Sécurité sociale. Pour les niveaux ayant des dépassements d'honoraires (supérieurs à 100 %), le taux de prise en charge indiqué s'applique aux actes et soins réalisés par des médecins ayant adhéré à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO). Ce taux est minoré de 20 % pour les médecins non adhérents.
- (6) Chez un psychologue diplômé et sur présentation d'une facture nominative acquittée jusqu'au 31 décembre 2022.
- (7) Forfait vaccin antigrippe : sur facture pharmaceutique nominative acquittée jusqu'au 31 décembre 2022.
- (8) La garantie Cure thermique prend en charge les frais liés à des cures thermales donnant lieu à un forfait de surveillance médicale versé par l'Assurance Maladie.
- (9) Service gratuit et sans rendez-vous pour joindre un médecin par téléphone, 7 j/7, 24 h/24.
- (10) Service inclus pour obtenir un second avis médical en cas de problème de santé sérieux en moins de 7 jours.
- (11) Possibilité de composer un équipement d'une monture de classe A et de verres de classe B et inversement. Dans ce dernier cas, le remboursement sera conforme au remboursement prévu réglementairement. Le forfait est versé dans la limite d'une paire de lunettes tous les 24 mois à partir de la date d'achat ou tous les 12 mois en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article R. 871-2. du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.
- (12) Équipement relevant du 100 % SANTÉ (verres et monture de classe A) sans Reste à Charge : les montures de classe A doivent respecter les normes européennes avec un prix inférieur ou égal à 30 €. Les verres de classe A doivent répondre à des critères fixés réglementairement : verres traitant l'ensemble des troubles visuels, amincis en fonction du trouble, durcis pour éviter les rayures, traités anti-reflets. Leurs prix sont encadrés par des Prix Limites de Vente.
- (13) Équipement à tarif libre (verres et monture de classe B) : le professionnel de santé est libre de fixer les prix de ces équipements.

Forfait pour les équipements à tarif libre incluant le remboursement de la Sécurité sociale pour une paire de lunettes (1 monture + 2 verres) dans la limite des montants suivants :

	NIVEAU 2	NIVEAU 3
Lunettes jusqu'à 15 ans		
Monture	25 €	30 €
Un verre simple	25 €	47,50 €
Un verre complexe ou très complexe	87,50 €	110 €
Lunettes à partir de 16 ans		
Monture	45 €	55 €
Un verre simple	40 €	72,50 €
Un verre complexe ou très complexe	102,50 €	135 €

Les suppléments, prestations optiques et autres suppléments remboursés par la Sécurité sociale présentés dans le renvoi ⁽¹¹⁾ sont pris en charge à 100 %. La classification des verres est définie selon le décret N° 2019-21 du 11 janvier 2019.

- (14) Forfait de 25 €/verre versés en plus après 24 mois d'ancienneté à partir de la date d'adhésion.
- (15) Prothèses 100 % SANTÉ sans Reste à Charge : couronne et bridge métalliques (toutes dents), couronne céramique zircon (dents hors molaires), couronne céramométallique et céramique, hors zircon (incisives, canines et 1^{res} prémolaires), bridge céramométallique (incisives, prothèses amovibles à plaque base résine).
- (16) Les prix des prothèses à tarifs maîtrisés sont plafonnés aux Prix Limites de Vente fixés réglementairement.
- (17) Sont considérés comme hors molaires : incisives, canines, prémolaires.
- (18) Prise en charge de la couronne transitoire plafonnée au Prix Limite de Vente fixé réglementairement pour les paniers de soins 100 % SANTÉ (sans Reste à Charge) ou à Reste à Charge modéré.
- (19) Remboursement de la Sécurité sociale uniquement pour le niveau 1, forfait de 150 € pour un trimestre de traitement actif pour le niveau 2 et 225 € pour le niveau 3. Les autres actes liés à l'orthodontie (examen, diagnostic, contention...) sont pris en charge à hauteur de 150 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale.
- (20) Remboursement maximum par année civile.
- (21) Prothèses dentaires de la nomenclature CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) non remboursées par la Sécurité sociale.
- (22) Forfait de 50 € par semestre de traitement actif d'orthodontie remboursée (ou 25 € par trimestre) et forfait de 50 € par an pour le dentaire non remboursé (prothèse, implant racine, parodontie, orthodontie), après 24 mois d'adhésion à la garantie.
- (23) Entretien (y compris le changement des piles), réglages, réparation prothèses auditives réalisée par l'audioprothésiste : 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale. La garantie rembourse un appareillage par oreille tous les 4 ans.
- (24) Équipement relevant du 100 % SANTÉ (aides auditives de classe 1) sans Reste à Charge : contours d'oreille classiques, contours à écouteurs déportés, intra-auriculaires, 30 jours d'essai et 4 ans de garantie fabricant, au moins 3 options (système antiacouphène, connectivité sans fil, réducteur bruit du vent...).
- (a) Pharmacie prescrite mais non prise en charge par la Sécurité sociale dont l'homéopathie, la phytothérapie.
- (b) Pilules, pilule du lendemain, patches, anneau contraceptif, préservatifs.
- (c) Autres vaccins non remboursés par la Sécurité sociale : vaccin contre la typhoïde ou la fièvre jaune par exemple.
- (d) Substituts nicotiques (patches, gommes à mâcher...) ou produits pharmaceutiques remboursables par la Sécurité sociale.
- (e) Forfait versé sur présentation de justificatif de paiement nominatif au nom de l'adhérent.
- (f) La prise en charge de la chambre particulière est limitée à 30 jours par an en convalescence, rééducation, psychiatrie et établissements médico-sociaux, illimitée en chirurgie, médecine et maternité et non prise en charge en MAS et EPHAD.
- (g) Dans le cadre d'une hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans. Durée de la prise en charge illimitée.
- (h) Garanties d'Assistance assurée par la **Matmut** et réalisée par IMA GIE.
- (i) Forfait global valable pour les actes non remboursés par la Sécurité sociale et chez les praticiens diplômés.

Assureur de la garantie santé : **Mutuelle Ociane Matmut** - Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité. N° SIREN 434 243 085. Siège social : 35 rue Claude Bonnier 33054 Bordeaux Cedex. Statuts et règlement mutualiste disponibles sur matmut.fr.

Matmut - Mutuelle assurance des travailleurs mutualistes - Société d'assurance mutuelle à cotisations variables. Entreprise régie par le Code des Assurances - Siège social : 66 rue de Sotteville 76100 Rouen.

Téléconsultation Medavis : service mis en œuvre par SAS Podalire au capital social de 83 800 € - 807 414 024 RCS Paris - Siège social : 10 rue de Penthièvre 75008 Paris.

Deuxiemeavis.fr : plateforme web www.deuxiemeavis.fr est éditée par la société CARIANS, SAS au capital social de 109 230 € - 803 657 717 RCS Paris. Siège social : c/o Paris Santé Cochin - 29 rue du Faubourg Saint-Jacques 75014 Paris.

Coaching santé délivré par **MetaCoaching** : SAS au capital de 383 299 € - 513 782 003 RCS Paris. Siège social : 65 rue Saint-Charles 75015 Paris.

Assistance : prestations réalisées par IMA GIE, groupement d'intérêt économique au capital social de 3 547 170 € - 433 240 991 RCS Niort - Siège social : 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 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 ELSIE est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent 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 des contrats responsables.



QU'EST-CE QUI EST ASSURÉ ?

Ces garanties vous permettent de bénéficier du « 100 % SANTÉ » en optique, dentaire et sur les aides auditives. Votre reste à charge est donc nul pour ces équipements. En dehors des prestations concernées par le « 100 % SANTÉ », 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. Dans tous les cas, les remboursements ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées et **une somme peut éventuellement rester à votre charge.**

Les garanties systématiquement prévues :

HOSPITALISATION ET SOINS COURANTS

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : honoraires, forfait journalier hospitalier, séjour et transport sanitaire
- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux généralistes et spécialistes, honoraires paramédicaux, radiologie et analyses médicales, transport sanitaire, cure thermique, médicaments à service médical rendu (SMR) important (remboursés à 65 % par la Sécurité sociale), forfait vaccin antigrippe, forfait solidaire soutien psychologique
- ✓ **Matériel médical** dont orthopédie et petit appareillage
- ✓ **Ostéopathie** (forfait par an)

OPTIQUE

- ✓ **Frais optiques** : lunettes (montures et verres)

DENTAIRE ET APPAREILLAGE

- ✓ **Frais dentaires** : soins dentaires, inlay-onlay, prothèses dentaires (couronnes, bridges, inlay-core)
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : aides auditives, prothèses externes (mammaires, capillaires, oculaires), autres prothèses et appareillages remboursés par la Sécurité sociale

Les garanties optionnelles :

Lentilles

Dentaire non remboursé par la Sécurité sociale : implant, parodontie, orthodontie

Les renforts optionnels payants sont à souscrire pour bénéficier des prestations supplémentaires :

Renfort HOSPI

La chambre particulière

Lit accompagnant

Assistance France et étranger

Renfort PHARMA

Médicaments à service médical rendu modéré (remboursés à 30 % par la Sécurité sociale) ou faible (remboursés à 15 % par la Sécurité sociale)

Pharmacie non remboursée (homéopathie, phytothérapie, contraception, vaccins, sevrage tabac, auto tests)

Renfort MIEUX-ÊTRE

Séances de médecine douce (forfait/an)

Des programmes de coaching santé en ligne

Soutien psychologique à distance

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.

Les services systématiquement prévus :

- ✓ Le tiers payant pour éviter de faire l'avance de frais chez la plupart des professionnels de santé
- ✓ Réseau d'opticiens Kalixia Optique et e-Optistya : tarifs négociés chez les opticiens partenaires
- ✓ Réseau d'audioprothésistes Kalixia Audio : tarifs préférentiels sur les aides auditives chez les audioprothésistes partenaires
- ✓ Services en ligne dans votre Espace Personnel sur matmut.fr : gestion du contrat à distance, suivi des remboursements, dépôt de vos factures et justificatifs...
- ✓ Salvum, l'application pour apprendre les gestes qui sauvent
- ✓ Service de téléconsultation Medaviz 24h/24, 7j/7
- ✓ Service de deuxiemeavis.fr pour obtenir un deuxième avis médical en cas de problème de santé sérieux



QU'EST-CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les transports et hébergements liés aux cures thermales
- ✗ Les frais de séjour liés aux cures thermales, si le séjour n'est pas effectué en milieu hospitalier
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale
- ✗ Le forfait journalier hospitalier et la chambre particulière facturés par 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 ?

Les 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

Les principales restrictions

- ! **Forfait journalier hospitalier** : limité à 90 jours pour les établissements médico-sociaux (sauf MAS et EHPAD)
- ! **Chambre particulière dans le cadre du renfort HOSPI** : la prise en charge est limitée à 30 jours par an en convalescence, rééducation, psychiatrie et établissements médico-sociaux et non prise en charge en MAS et EHPAD
- ! **Forfait solidaire soutien psychologique** : chez un psychologue diplômé et sur présentation d'une facture nominative acquittée jusqu'au 31 décembre 2022.
- ! **Forfait vaccin antigrippe** : sur facture pharmaceutique nominative acquittée jusqu'au 31 décembre 2022.
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue
- ! **Médecines douces dans le cadre du renfort MIEUX-ÊTRE** : forfait global annuel pour les actes diététique, podologie, ostéopathie/chiropraxie, psychologue, acupuncture, naturopathie, microkinésithérapie, étiothérapie, réflexologie plantaire, hypnose, sophrologie



OÙ SUIS-JE COUVERT(E) ?

- ✓ 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

À la souscription du contrat :

- valider avec exactitude les informations indiquées sur le bulletin d'adhésion adressé par **Mutuelle Ociane Matmut**,
- fournir tous documents justificatifs demandés par **Mutuelle Ociane Matmut**,
- régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- payer les cotisations,
- fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat,
- faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale,
- informer l'assureur des événements suivants dans les 3 mois de leur survenance :
 - changements de situation : changement d'adresse, modification de votre composition familiale (naissance, concubinage, PACS, mariage, divorce, décès), changement de régime obligatoire d'assurance maladie et maternité,
 - changement de profession : perte d'emploi, départ à la retraite.



QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

- Les cotisations sont annuelles et payables d'avance. Elles peuvent être réglées en plusieurs fractions sans frais supplémentaires selon les modalités prévues au contrat.
- Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix sans frais supplémentaires.
- Les paiements peuvent être effectués notamment par prélèvement automatique.



QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

- La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée au bulletin d'adhésion.
- Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.



COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

à la date d'échéance principale du contrat, soit le 31 décembre, en nous adressant votre notification :

- soit par lettre, tout autre support durable ;
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle ;
- soit par acte extrajudiciaire ;
- soit par téléphone ;
- soit sur le site internet de la mutuelle ;

au moins deux mois avant cette date,

et, s'il concerne une personne physique en dehors de toute activité professionnelle :

- à tout moment, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de sa première souscription,
- en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis,
- en cas de révision des cotisations, en nous adressant une notification par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la Mutualité, dans les 20 jours qui suivent la date de notification de la modification.

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : Mutuelle Ociane, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité immatriculée sous le numéro 434 243 085. Siège social : 35 rue Claude Bonnier 33054 Bordeaux Cedex.

Produit : **SANTÉ ELSIE HC3**

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 ELSIE HC3 est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent et des éventuels ayants-droit en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. **Le produit ne respecte pas les conditions légales des contrats responsables.**



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. Dans tous les cas, les remboursements ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées et **une somme peut éventuellement rester à votre charge.**

Les garanties systématiquement prévues :

HOSPITALISATION ET SOINS COURANTS

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : honoraires, forfait journalier hospitalier, séjour et transport sanitaire
- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux généralistes et spécialistes, honoraires paramédicaux, radiologie et analyses médicales, transport sanitaire, cure thermale, médicaments à service médical rendu (SMR) important (remboursés à 65 % par la Sécurité sociale), forfait vaccin antigrippe, forfait solidaire soutien psychologique
- ✓ **Matériel médical** dont orthopédie et petit appareillage
- ✓ **Ostéopathie** (forfait par an)

Les renforts optionnels payants sont à souscrire pour bénéficier des prestations supplémentaires :

Renfort HOSPI

La chambre particulière
Lit accompagnant
Assistance France et étranger

Renfort PHARMA

Médicaments à service médical rendu modéré (remboursés à 30 % par la Sécurité sociale) ou faible (remboursés à 15 % par la Sécurité sociale)
Pharmacie non remboursée (homéopathie, phytothérapie, contraception, vaccins, sevrage tabac, auto tests)

Renfort MIEUX-ÊTRE

Séances de médecine douce (forfait/an)
Des programmes de coaching santé en ligne
Soutien psychologique à distance

Les services systématiquement prévus :

- ✓ Le tiers payant pour éviter de faire l'avance de frais chez la plupart des professionnels de santé
- ✓ Réseau d'opticiens Kalixia Optique et e-Optistya : tarifs négociés chez les opticiens partenaires
- ✓ Réseau d'audioprothésistes Kalixia Audio : tarifs préférentiels sur les aides auditives chez les audioprothésistes partenaires
- ✓ Services en ligne dans votre Espace Personnel sur matmut.fr : gestion du contrat à distance, suivi des remboursements, dépôt de vos factures et justificatifs...
- ✓ Salvum, l'application pour apprendre les gestes qui sauvent
- ✓ Service de téléconsultation Medaviz 24 h/24, 7j/7
- ✓ Service de deuxiemeavis.fr pour obtenir un deuxième avis médical en cas de problème de santé sérieux

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 frais optiques : lunettes, lentilles
- ✗ Les frais dentaires : inlay-onlay, prothèses dentaires (couronnes, bridges, inlay-core), implants, orthodontie
- ✗ Les frais d'appareillages (aides auditives, prothèses externes)
- ✗ Les transports et hébergements liés aux cures thermales
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale
- ✗ Le forfait journalier hospitalier et la chambre particulière facturés par 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 ?

Les 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

Les principales restrictions

- ! **Forfait journalier hospitalier** : limité à 90 jours pour les établissements médico-sociaux (sauf MAS et EHPAD)
- ! **Chambre particulière dans le cadre du renfort HOSPI** : la prise en charge est limitée à 30 jours par an en convalescence, rééducation, psychiatrie et établissements médico-sociaux et non prise en charge en MAS et EHPAD
- ! **Forfait solidaire soutien psychologique** : chez un psychologue diplômé et sur présentation d'une facture nominative acquittée jusqu'au 31 décembre 2022.
- ! **Forfait vaccin antigrippe** : sur facture pharmaceutique nominative acquittée jusqu'au 31 décembre 2022.
- ! **Médecines douces dans le cadre du renfort MIEUX-ÊTRE** : forfait global annuel pour les actes podologie, ostéopathie/chiropraxie, diététique, psychologue, acupuncture, naturopathie, microkinésithérapie, étiothérapie, réflexologie plantaire, hypnose, sophrologie



OÙ SUIS-JE COUVERT(E) ?

- ✓ 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

À la souscription du contrat :

- valider avec exactitude les informations indiquées sur le bulletin d'adhésion adressé par **Mutuelle Ociane Matmut**,
- fournir tous documents justificatifs demandés par **Mutuelle Ociane Matmut**,
- régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- payer les cotisations,
- fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat,
- faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale,
- informer l'assureur des événements suivants dans les 3 mois de leur survenance :
 - changements de situation : changement d'adresse, modification de votre composition familiale (naissance, concubinage, PACS, mariage, divorce, décès), changement de régime obligatoire d'assurance maladie et maternité,
 - changement de profession : perte d'emploi, départ à la retraite.



QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

- Les cotisations sont annuelles et payables d'avance. Elles peuvent être réglées en plusieurs fractions sans frais supplémentaires selon les modalités prévues au contrat.
- Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix sans frais supplémentaires.
- Les paiements peuvent être effectués notamment par prélèvement automatique.



QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

- La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée au bulletin d'adhésion.
- Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.



COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

à la date d'échéance principale du contrat, soit le 31 décembre, en nous adressant votre notification :

- soit par lettre, tout autre support durable ;
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle ;
- soit par acte extrajudiciaire ;
- soit par téléphone ;
- soit sur le site de la mutuelle ;

au moins deux mois avant cette date,

et, s'il concerne une personne physique en dehors de toute activité professionnelle :

- à tout moment, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de sa première souscription,
- en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis,
- en cas de révision des cotisations, en nous adressant une notification par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la Mutualité, dans les 20 jours qui suivent la date de notification de la modification.