ASSURANCE COMPLEMENTAIRE SANTE

Document d'information sur le produit d'assurance

Mutuelle Saint-Martin : Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - SIREN n° 775 688 708
IMA ASSURANCES, SA au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré. Entreprise régie par le Code des assurances. Siège social : 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79033 Niort Cedex 9. Immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632

MUTUELLE SAINT-MARTIN
Efficace et fraternelle

Produit : contrats individuels "ma Santé mSm"

Ce document d'information présente un résumé des principaux risques assurés et des principales 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 « ma Santé mSm » est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent et de ses éventuels ayants droit en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité Sociale française. Le produit respecte la réglementation relative aux 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 à titre informatif dans le tableau des garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées et **une somme peut rester à votre charge.**

Les garanties systématiquement prévues

- ✓ **Médecine courante :** consultations généralistes et spécialistes, pharmacie prise en charge par l'assurance maladie à 65 % et 30 %, actes de laboratoires et analyses médicales, actes de radiologie, d'imagerie ou de techniques médicales, auxiliaires médicaux, appareillage, orthopédie et prothèse, transports pris en charge par l'assurance maladie, prothèses auditives
- ✓ **Hospitalisation :** honoraires médicaux et chirurgicaux, forfait hospitalier, forfait sur acte technique de plus de 120 €
- ✓ **Frais dentaire :** soins dentaires et radios, prothèses dentaires prises en charge par l'assurance maladie, orthodontie prise en charge par l'assurance maladie
- ✓ **Frais optique :** lunettes (monture et verres), lentilles acceptées par l'assurance maladie, chirurgie correctrice de la myopie

Les garanties optionnelles (selon l'option choisie)

- Pharmacie prise en charge à 15 % par l'assurance maladie
- Hospitalisation : frais de chambre particulière, frais d'accompagnement enfant de moins de 12 ans
- Prothèses dentaires et orthodontie non prises en charge par l'assurance maladie, implant dentaire
- Optique : forfait lentilles refusées par l'assurance maladie, chirurgie correctrice de la myopie
- Forfaits spéciaux : allocation naissance, cure thermale, prestations paramédicales (annuels et limités)

Les services systématiquement prévus

- ✓ Le Fonds d'Entraide de la Mutuelle Saint Martin Action Sociale (sur décision de la commission)
- ✓ Le réseau de soins « carte blanche » qui permet d'avoir accès à des tarifs avantageux en optique, dentaire et audioprothèse
- ✓ Le tiers payant pour éviter de faire l'avance de frais chez la plupart des professionnels de santé
- ✓ Services en ligne de gestion du contrat 24h/24

L'assistance systématiquement prévue en cas de : Hospitalisation imprévue supérieure à 2 jours ou programmée supérieure à 4 jours / Immobilisation supérieure à 5 jours / Evènement traumatisant ou décès

- ✓ Aide à domicile, services de proximité
- ✓ Garanties d'assistance pour la famille
- ✓ Soutien psychologique
- ✓ Garde d'animaux

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 du contrat
- ✗ Les soins qui ne sont pas dispensés par des professionnels de santé, ou qui ne sont pas pris en charge par un régime de Sécurité Sociale français, sauf dérogations spécifiques préalablement prévues au contrat
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité Sociale en cas d'arrêt de travail

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

- ! **Chambre particulière :** limitée à 30 jours par année civile, psychiatrie exclue
- ! **Implants dentaires :** 2 par an et par bénéficiaire
- ! **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
- ! **Aide à domicile** : jusqu'à 10 heures sur 10 jours

Ou 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.
- ✓ Les garanties d'assistance sont couvertes uniquement en France et dans les DROM.

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 fourni par la Mutuelle Saint-Martin
- ✓ Fournir tous documents justificatifs demandés par la Mutuelle Saint-Martin
- ✓ Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat

En cours de contrat

- ✓ Payer les cotisations
- ✓ Informer la Mutuelle Saint-Martin des évènements suivants (en fournissant les justificatifs nécessaires) :
  - changement de résidence
  - changement de régime de Sécurité Sociale
  - nouvelle domiciliation bancaire (par envoi d'un relevé d'identité bancaire)
  - modification de la situation familiale des personnes inscrites comme ayants droit.

En cas de sinistre

- ✓ Faire parvenir les demandes de remboursements à la Mutuelle le plus rapidement possible et dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité Sociale
- ✓ Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat

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 dans le bulletin d'adhésion.
- ✓ Les paiements peuvent être effectués par chèque (sauf en cas de paiement mensuel), virement, prélèvement automatique ou prélèvement après approbation.

Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- ✓ La date d'effet du contrat est fixée dans le bulletin d'adhésion.
- ✓ En cas de contrat conclu à distance, le membre participant dispose d'un délai de renonciation de quatorze (14) jours qui commence à courir soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet, soit à compter du jour où il reçoit les documents d'adhésion, si cette dernière date est postérieure à la date d'effet de l'adhésion.
- ✓ L'adhésion est conclue 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 règlement mutualiste.

Comment puis-je résilier le contrat ?

- ✓ L'adhérent peut résilier son adhésion, sans frais ni pénalités, après expiration d'un délai d'un an à la suite de sa première souscription. La résiliation prend effet un mois après réception de la demande.
- ✓ L'adhérent est alors redevable de la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation de l'adhésion. La Mutuelle est tenue de rembourser le solde à l'adhérent dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation.

Quels sont les frais de gestion de la Mutuelle Saint-Martin ?

- ✓ Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties. En 2022, ce ratio était égal à 82,20 % au sein de la Mutuelle Saint-Martin.
- ✓ Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion. En 2022, ce ratio était égal à 16,20 % au sein de la Mutuelle Saint-Martin. Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

msm/id/ipid mabc/2024