

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance



MMEI : Mutuelle des Métiers Électronique et Informatique, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 391.399.052.

Produit : complémentaire santé proposant 3 couvertures santé à ses membres participants et à leurs familles : l'essentiel, confort et grand confort.

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat (Règlement mutualiste). 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 sont détaillés dans le tableau des garanties en annexe à ce Règlement.

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 à la charge de l'adhérent et des éventuels bénéficiaires 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 ?

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

PRESTATIONS PRISES EN CHARGE EN COMPLEMENT DE LA SECURITE SOCIALE

- ✓ Hospitalisation et maternité : Honoraires médicaux, frais de séjour, transport
- ✓ Soins courants et prescription médicale : Consultations, actes techniques médicaux, examens médicaux dont radiologie, analyse et examen de laboratoire, soins des auxiliaires médicaux, pharmacie remboursée à 65 % ou à 30 % par la Sécurité Sociale.
- ✓ Frais d'optique : Lunettes (montures et verres) - prise en compte du 100 % santé
- ✓ Lentilles de contact
- ✓ Frais dentaires : Soins dentaires, prothèses dentaires fixes ou amovibles (couronnes, bridges, inlays, onlays, implants), prothèses provisoires ou transitoires, orthodontie, parodontie - prise en compte du 100 % santé
- ✓ Appareils : aides auditives, prothèses et orthèses
- ✓ Cures thermales : soins de cure

LES PLUS DE LA MUTUELLE : PRESTATIONS PRISES EN CHARGE NON REMBOURSEES PAR LA SECURITE SOCIALE

- ✓ Chambre particulière, lit accompagnant, forfait journalier hospitalier, chambre en ambulatoire
- ✓ Prothèses dentaires fixes ou amovibles (couronnes, bridges, inlays, onlays, implants, prothèses provisoires ou transitoires), gingivectomie, parodontie, orthodontie
- ✓ Chirurgie réfractive et lentilles
- ✓ Médecine douce conformément à la liste des soins externes énumérés dans le tableau des garanties

- ✓ Examen de densitométrie osseuse
 - ✓ Cures thermales : frais d'hébergement
 - ✓ Vaccins et certaines pilules contraceptives
- #### LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de soins - tarifs préférentiels pour des équipements en optique et auditif (réseau Kalixia)
- ✓ Service d'analyse de devis
- ✓ MMEI Assistance (aide à domicile suite à une hospitalisation ou immobilisation)

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



Qu'est ce qui n'est pas assuré à titre principal ?

- ✗ 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 journalier et les journées d'hospitalisation médicale facturés 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 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 soin
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée
- ! En cas de non-respect du parcours de soin, les remboursements sont réduits
- ! Les médicaments remboursés à 15 %
- ! Les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas autorisé le professionnel de santé à accéder à son dossier médical partagé

PRINCIPALES RESTRICTIONS

Limitation de la prise en charge :

- ! Pour les chambres particulières en psychiatrie sur le nombre de jours
- ! Pour l'optique à un équipement tous les deux ans à partir de 16 ans, réduite à un an en cas d'évolution de la vue ou pour un mineur ayant entre 6 et 16 ans
- ! Pour les aides auditives à une aide auditive par oreille tous les 4 ans
- ! Pour les prothèses dentaire à :
 - 1 500 € dans les 12 premiers mois à compter de l'adhésion
 - 2 500 € pour les 12 mois suivants
- ! Pour les appareillages autres que les aides auditives à :
 - 1 000 € dans les 12 premiers mois à compter de l'adhésion
 - 1 500 € pour les 12 mois suivants



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 du remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée, sur justificatif.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de : suspension des garanties (défaut de paiement), de nullité de la garantie ou d'exclusion (fausse déclaration intentionnelle) ou de résiliation du contrat (fraude).

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par la mutuelle,
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par la mutuelle,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) prévue, selon la périodicité choisie, dès la prise d'effet du contrat.

En cours de contrat :

- Régler la cotisation selon la périodicité choisie,
- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat ou tout élément ayant une incidence sur les cotisations,
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la mutuelle dans un délai maximum de deux ans à compter de la date d'édition du bordereau de la Sécurité Sociale ou, à défaut, de l'évènement qui y donne naissance,
- Informer la mutuelle par écrit, dans le délai imparti, de tout changement de situation (changement de domicile, modification de la composition familiale - mariage, divorce, décès, etc... -, situation vis-à-vis des régimes obligatoires de Sécurité Sociale d'assurance maladie et maternité) ou de coordonnées bancaires et fournir à la Mutuelle les justificatifs nécessaires. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat,
- Présenter les réclamations se rapportant aux paiements des prestations dans un délai de six mois à compter de la date du traitement du dossier et au calcul des cotisations dans le délai d'un mois à compter de la date d'effet de l'adhésion.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables à terme à échoir :

- Soit mensuellement par prélèvement automatique (mandat SEPA)
- Soit trimestriellement par chèque : le 1er paiement doit intervenir sans rappel de la MMEI dès la date de réception du courrier ou courriel vous avisant de la date d'effet de votre adhésion, au prorata du trimestre en cours restant à courir.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est celle précisée dans le courrier ou courriel envoyé par la mutuelle. En cas de contrat conclu à distance, l'adhérent dispose d'un délai de renonciation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la date d'effet de l'adhésion.

Le contrat est familial et porte sur une durée minimale de 12 mois allant de la date d'effet du contrat à sa date d'échéance le 31 décembre de l'année d'expiration des 12 mois écoulés. Il se renouvelle automatiquement d'année en année à cette date d'échéance, sauf résiliation dans les cas et conditions fixés au contrat, à l'initiative de la Mutuelle ou à l'initiative de l'adhérent.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat, dans les formes prévues par l'article 1.2.5 du contrat, dans les cas suivants :

- Au plus tard au moins un mois avant l'échéance annuelle, fixée selon le cas au 31 décembre de l'année d'expiration de la durée initiale de 12 mois, puis les années suivantes au 31 décembre de l'année en cours.
- En cas de modification de votre situation personnelle ayant une influence directe sur les risques garantis suivant l'évènement, dans les trois mois après la date de survenance de l'évènement ou de sa révélation.
- En exerçant votre droit de dénonciation de la reconduction annuelle du contrat, lorsque la date limite d'exercice du droit de dénonciation ne vous est pas parvenue dans les délais prévus par la réglementation.
- A partir au plus tard du 1^{er} décembre 2020, en exerçant un droit de dénonciation à tout moment, à l'issue de la 1^{ère} année d'adhésion, sans avoir à en préciser le motif, le contrat prenant fin un mois après réception par la Mutuelle de cette dénonciation.