



## Assurance santé Document d'information sur le produit d'Assurance

MMA IARD Assurances Mutuelles, société d'assurance mutuelle à cotisations fixes, RCS Le Mans 775652 126 - France  
MMA IARD, société anonyme, RCS Le Mans 440048882 - France

### ASSURANCE SANTÉ MMA CG 381c

Ce document d'information vous présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. 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 remboursements seront détaillés dans le tableau de garanties.

### De quel type d'assurance s'agit-il ?

Ce produit d'assurance complémentaire santé individuel est destiné aux personnes :

- ayant une résidence fiscale en France métropolitaine ou dans les Départements et Régions d'Outre-Mer et,
- relevant d'un Régime Obligatoire (RO) français.

Il permet de rembourser tout ou partie des dépenses de santé restant à la charge de l'assuré et de ses éventuels bénéficiaires en cas d'accident, maladie ou maternité, en complément du Régime Obligatoire (RO) français.



#### Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie et des Renforts optionnels choisis 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.

##### Les garanties systématiquement prévues :

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : soins et honoraires (médicaux et chirurgicaux), forfait journalier hospitalier, frais de séjour, transport.
- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux (médecins généralistes et spécialistes, radiologie), honoraires paramédicaux (kinésithérapeutes, infirmiers, auxiliaires médicaux), séances de psychologue remboursées par le Régime Obligatoire analyses et examens de laboratoire, médicaments prescrits remboursés par le Régime Obligatoire, matériel médical (autre qu'aides auditives).
- ✓ **Dentaire** : soins dentaires dont inlays-onlays, prothèses dentaires à prise en charge libre et « 100 % Santé » et orthodontie remboursés par le Régime Obligatoire.
- ✓ **Optique** : les équipements (monture et verres) à prise en charge libre et « 100 % Santé », les lentilles remboursées par le Régime Obligatoire.
- ✓ **Aides auditives** : acoustique et prothèses auditives à prise en charge libre et à partir du 01/01/2021, les prothèses auditives « 100 % santé ».
- ✓ **Prévention** : vaccins prescrits non remboursés par le Régime Obligatoire.

##### Les garanties optionnelles :

##### Les postes suivants peuvent être assurés :

**Hospitalisation** : chambre particulière, lit d'accompagnant, forfait nouveau-né.

**Soins courants** : médicaments prescrits non remboursés par le Régime Obligatoire, cures thermales remboursées par le Régime Obligatoire, vaccins prescrits et soins alternatifs non remboursés par le Régime Obligatoire (massesurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, ostéopathes, chiropracteurs, diététiciens, psychologues, psychomotriciens, étioopathes, acupuncteurs) et automédication.

**Optique** : chirurgie réfractive.

**Dentaire** : orthodontie, soins et prothèses dentaires non remboursés par le Régime Obligatoire.

**Prévention**: le sport sur ordonnance, certains actes de dépistage non pris en charge par le Régime Obligatoire, la prévention des allergies des enfants, certains appareils de mesure médicale.

##### Les services systématiquement prévus :

- ✓ **Réseaux de soins** : opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires.
- ✓ **Service d'analyse de devis.**

##### Assistance systématiquement prévue :

- ✓ **Assistance** à domicile, en déplacement, et à l'étranger.
- ✓ **Accompagnement** en cas de maladies graves, conseils santé et aide aux aidants.



#### Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins et les frais réalisés avant la prise d'effet des garanties ou postérieurs à la date de résiliation du contrat.
- ✗ Les soins et les frais non remboursés par le Régime Obligatoire et non expressément prévus dans le descriptif de la garantie.
- ✗ Les frais relatifs à la désintoxication alcoolique ou pour toxicomanie (sauf forfait journalier hospitalier et ticket modérateur).
- ✗ Les cures de rajeunissement, les soins, traitements et opérations esthétiques non justifiés médicalement et leurs conséquences.
- ✗ Les frais résultant de séjours en établissements pour personnes âgées, en unités de longs séjours, en centres de rééducation professionnelle et en établissements sociaux et médico-sociaux (tels que les Maisons d'Accueil Spécialisées).
- ✗ Les dépassements d'honoraires hospitaliers dans les établissements psychiatriques ou dans les établissements non conventionnés.



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

##### Les principales exclusions :

- ! La participation forfaitaire (exemples : pour les consultations, les examens de radiologie...) et les franchises médicales (exemples : sur les médicaments, les actes paramédicaux...).
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.

##### Les principales restrictions :

- ! **Hospitalisation, Optique et Dentaire** : les remboursements des postes Hospitalisation à l'exception du ticket modérateur sur les honoraires et le forfait journalier hospitalier, Optique et Dentaire peuvent être limités pendant les 3 premiers mois suivants la souscription. Les prestations prévues par les Renforts optionnels peuvent être soumises à un délai d'attente de 3 mois.
- ! **Optique** : le remboursement des lunettes peut être limité à un équipement (monture + verres) tous les 2 ans. Ce délai est réduit à 1 an pour les enfants de moins de 16 ans, en cas d'évolution de la vue et dans les autres cas de renouvellement anticipés prévus par la réglementation.
- ! **Dentaire et Matériel médical autre qu'Aides auditives** : les remboursements sont limités par des plafonds annuels pendant les 3 premières années d'assurance.
- ! **Optique, Dentaire et Aides auditives 100 % santé** : la prise en charge des équipements optiques « 100% santé », des soins et prothèses dentaires « 100% santé » ainsi que les aides auditives « 100% santé », intervient à hauteur des Prix Limites de Vente ou des Honoraires Limites de Facturation, dans la limite des plafonds imposés par la réglementation.



## Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Monde entier pour les frais de soins pris en charge par le Régime Obligatoire et pour les garanties en déplacement. Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du RO français, quelle que soit la dépense engagée.
- ✓ France Métropolitaine et Départements et Régions d'Outre-Mer pour les dépenses garanties dans le contrat mais non prises en charge par le Régime Obligatoire.
- ✓ France Métropolitaine et Départements et Régions d'Outre-Mer pour les garanties d'assistance au domicile, d'aide aux aidants et conseil santé par téléphone.



## Quelles sont mes obligations ?

**Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non-garantie, vous devez :**

- **À la souscription du contrat :** répondre avec exactitude et sincérité à toutes les questions qui sont posées et fournir les justificatifs qui sont demandés et 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 l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date des soins.
  - Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.
  - Déclarer les modifications concernant les événements suivants : changement de domicile, modification de la composition de votre famille assurée, changement de situation d'un assuré au regard du Régime Obligatoire, retraite professionnelle, cessation temporaire ou définitive d'activité professionnelle d'un assuré.



## Quand et comment effectuer les paiements ?

Le paiement de la cotisation intervient à la souscription du contrat et chaque année à l'échéance anniversaire du contrat. Il peut être annuel, semestriel, trimestriel ou mensuel, par chèque ou prélèvement bancaire.



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Les garanties prennent effet à la date figurant sur les Conditions particulières.

Le contrat est conclu pour une durée d'un an. Il est reconduit automatiquement à chaque échéance anniversaire par tacite reconduction sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.



## Comment puis-je mettre fin à mon adhésion ?

Vous pouvez résilier votre contrat dans les cas et délais prévus par la réglementation et par les conditions générales, notamment à certaines périodes de la vie du contrat (à l'échéance annuelle, à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription pour les personnes physiques...) et lors de la survenance de certains événements (modification de votre situation personnelle ou professionnelle, modification du régime obligatoire, changement de coordonnées bancaires...).

La résiliation de votre contrat doit nous être notifiée par déclaration auprès de nos agences, par téléphone, par lettre ou support durable (mail, ou message depuis votre espace client).