

Une offre modulaire en fonction de vos besoins



MODULE 1 HOSPITALISATION ET SOINS COURANTS		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
HOSPITALISATION				
	Honoraires ⁽¹⁾	100 %	125 %	175 %
	Forfait Journalier Hospitalier ⁽²⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Séjour ⁽³⁾ et transport sanitaire ⁽⁴⁾	100 %	100 %	100 %
	Forfait patient urgences	Frais réels	Frais réels	Frais réels
SOINS COURANTS				
	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
	Séances avec des psychologues ⁽⁷⁾	100 %	100 %	100 %
	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 ⁽⁸⁾	20 €/an	20 €/an	20 €/an
	Cure thermale ⁽⁹⁾	100 %	100 %	100 %
Services inclus supplémentaires				
	Téléconsultation 24h/24 7j/7 ⁽¹⁰⁾	INCLUS	INCLUS	INCLUS
	Deuxième avis médical ⁽¹¹⁾	INCLUS	INCLUS	INCLUS

MODULE 2 OPTIQUE ⁽¹²⁾		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Optique				
Paire de lunettes				
	Équipement 100% SANTÉ Classe A ⁽¹³⁾	REMBOURSEMENT INTÉGRAL	REMBOURSEMENT INTÉGRAL	REMBOURSEMENT INTÉGRAL
Équipement à tarif libre Classe B				
Paire de lunettes jusqu'à 15 ans				
	Équipement à tarif libre Classe B ⁽¹⁴⁾ - 1 monture + 2 verres simples	0,15 €	75 €	125 €
	Équipement à tarif libre Classe B ⁽¹⁴⁾ - 1 monture + 2 verres complexes	0,15 €	200 €	250 €

MODULE 2 OPTIQUE ⁽¹²⁾ (Suite)	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Paire de lunettes 16 ans et plus			
Équipement à tarif libre Classe B ⁽¹⁴⁾ - 1 monture + 2 verres simples	0,15 €	125 €	200 €
Équipement à tarif libre Classe B ⁽¹⁴⁾ - 1 monture + 2 verres complexes	0,15 €	250 €	325 €
Bonus lunettes (sur les 2 verres) après 2 ans ⁽¹⁵⁾	-	+50 €	+50 €
Lentilles			
Lentilles remboursées	100 %	125 €/an	150 €/an
Lentilles non remboursées	-	75 €/an	100 €/an

MODULE 3 DENTAIRE ET APPAREILLAGE	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
-----------------------------------	----------	----------	----------



DENTAIRE

Soins remboursés par la Sécurité sociale			
Soins dentaires dont Inlay-Onlay	100 %	100 %	100 %
Prothèses remboursées par la Sécurité sociale			
Prothèses 100% SANTÉ ⁽¹⁶⁾	REMBOURSEMENT INTÉGRAL	REMBOURSEMENT INTÉGRAL	REMBOURSEMENT INTÉGRAL
Prothèses à tarifs maîtrisés / libres ⁽¹⁷⁾			
Couronne fixe sur dent hors molaire ⁽¹⁸⁾	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 ⁽¹⁹⁾	60 €/dent	60 €/dent	100 €/dent
Autres actes prothétiques (bridge, prothèse mobile...)	100 %	150 %	200 %
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale ⁽²⁰⁾	193,50 €/semestre de traitement actif	300 €/semestre de traitement actif	450 €/semestre de traitement actif
Dentaire non remboursé ⁽²¹⁾ : prothèse ⁽²²⁾ , implant racine, parodontie, orthodontie	-	100 €/an	250 €/an
Bonus dentaire sur l'orthodontie remboursée et le dentaire non remboursé après 2 ans ⁽²³⁾	-	+ 50 €	+ 50 €



AIDES AUDITIVES ⁽²⁴⁾

Équipement 100% SANTÉ Classe I - Forfait / oreille / 4 ans			
Équipement 100% SANTÉ Classe I ⁽²⁵⁾	REMBOURSEMENT INTÉGRAL	REMBOURSEMENT INTÉGRAL	REMBOURSEMENT INTÉGRAL
Équipement Classe II - Forfait / oreille / 4 ans			
Aide auditive moins de 20 ans	1400 €	1500 €	1600 €
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 ⁽²⁶⁾ / phytothérapie ⁽²⁶⁾ / contraception ⁽²⁷⁾ / vaccins ⁽²⁸⁾ / sevrage tabac ⁽²⁹⁾ / auto-tests ⁽³⁰⁾	50 €/an



RENFORT HOSPI

Chambre particulière ⁽³¹⁾	60 €/nuit
Lit accompagnant ⁽³²⁾	20 €/nuit
Assistance santé France et étranger ⁽³³⁾	Oui



RENFORT MIEUX-ÊTRE

Médecines douces : ostéopathie, psychologie, psychothérapie, psychomotricité, podologie, réflexologie plantaire, chiropraxie, étioopathie, sophrologie, microkinésithérapie, shiatsu, acupuncture, hypnose, naturopathie, diététique, homéopathe, phytothérapeute ⁽³⁴⁾	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 EHPAD.

(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) Forfait global valable pour les actes non remboursés par la Sécurité sociale, chez les psychologues diplômés dans leur spécialité et inscrits aux registres officiels de l'Assurance Maladie, sur présentation d'une facture nominative acquittée jusqu'au 31 décembre 2024.

(7) Ouvert aux personnes de plus de 3 ans (enfants, adolescents et adultes) après consultation d'un médecin. Dans la limite de 8 séances par an avec une première séance qui est un entretien d'évaluation (40 € la séance) ; entre 1 à 7 séances de suivi psychologique (30 € par séance). Ce nombre est adapté aux besoins et déterminé par le psychologue.

(8) Forfait vaccin antigrippe : sur facture pharmaceutique nominative acquittée jusqu'au 31 décembre 2024.

(9) La garantie cure thermale prend en charge les frais liés à des cures thermales donnant lieu à un forfait de surveillance médicale versé par l'Assurance Maladie.

(10) Service gratuit et sans rendez-vous pour joindre un médecin par téléphone, 7 j/7, 24 h/24.

(11) Service inclus pour obtenir un second avis médical en cas de problème de santé sérieux en moins de 7 jours.

(12) 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.

(13) 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.

(14) 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 n°12 sont pris en charge à 100 %. La classification des verres est définie selon le décret N° 2019-21 du 11 janvier 2019.

(15) Forfait de 25 €/verre versé en plus après 24 mois d'ancienneté à partir de la date d'adhésion.

(16) 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 1res prémolaires), bridge céramométallique (incisives, prothèses amovibles à plaque base résine).

(17) Les prix des prothèses à tarifs maîtrisés sont plafonnés aux prix limites de vente fixés réglementairement.

(18) Sont considérées comme hors molaires : incisives, canines, prémolaires.

(19) 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.

(20) Niveau 1 : Remboursement Sécurité sociale uniquement. Les autres actes liés à l'orthodontie (examen, diagnostic, contention,...) sont pris en charge à hauteur de 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Niveau 2 : Forfait de 150 € pour un trimestre de traitement actif. 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.

Niveau 3 : Forfait de 225 € pour un trimestre de traitement actif. Les autres actes liés à l'orthodontie (examen, diagnostic, contention,...) sont pris en charge à hauteur de 230 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

(21) Remboursement maximum par année civile.

(22) Prothèses dentaires de la nomenclature CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) non remboursées par la Sécurité sociale

(23) 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.

(24) 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.

(25) Équipement relevant du 100 % SANTÉ (aides auditives de classe 1) sans reste à charge : contours d'oreille classiques, contours à écouteurs déportés, intraauriculaires, 30 jours d'essai et 4 ans de garantie fabricant, au moins 3 options (système antiacouphène, connectivité sans fil, réducteur bruit du vent...).

(26) Pharmacie prescrite mais non prise en charge par la Sécurité sociale dont l'homéopathie, la phytothérapie.

(27) Pilules, pilule du lendemain, patchs, anneau contraceptif, préservatifs

(28) Autres vaccins non remboursés par la Sécurité sociale : vaccin contre la typhoïde ou la fièvre jaune par exemple.

(29) Substituts nicotiques (patchs, gommes à mâcher...) ou produits pharmaceutiques remboursables par la Sécurité sociale.

(30) Forfait versé sur présentation de justificatif de paiement nominatif au nom de l'adhérent.

(31) La prise en charge de la chambre particulière est limitée à 30 jours par an en convalescence, rééducation, psychiatrie et établissements médicosociaux, illimitée en chirurgie, médecine et maternité et non prise en charge en MAS et EPHAD.

(32) Dans le cadre d'une hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans. Durée de la prise en charge illimitée.

(33) Garanties d'Assistance assurée par la Matmut et réalisée par IMA Groupement d'intérêt économique.

(34) Forfait global valable pour les actes non remboursés par la Sécurité sociale, chez les praticiens diplômés dans leur spécialité et inscrits aux registres officiels de l'Assurance Maladie, sur présentation d'une facture nominative acquittée (pour l'acupuncture, seuls sont pris en charge les actes non remboursés par la Sécurité sociale réalisés chez un médecin, une sage-femme ou un chirurgien-dentiste).

Assureur de la Garantie Santé : Mutuelle Ociane - 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.

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. Les statuts de la Mutuelle Ociane Matmut sont disponibles sur matmut.fr.

Téléconsultation **Medaviz** - Service mis en oeuvre par Podalire, SAS au capital de 83 800 €. Siège social : 10, rue de Penthivère 75008 Paris - 807 414 024 RCS Paris. Le service doit faire l'objet d'une utilisation raisonnable.

deuxiemeavis.fr - Le service deuxiemeavis.fr est édité par la société Carians. Société par Actions Simplifiée (SAS) au capital social de 109 230 € - inscrite au RCS de Paris sous le n° Siren 803 657 717. Siège social : 1, boulevard Pasteur 75015 Paris.

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

Assistance : La garantie Assistance est assurée par la Matmut, mutuelle assurance des travailleurs mutualistes, société d'assurance mutuelle à cotisations variables, entreprise régie par le Code des assurances, 66, rue de Sotteville 76100 Rouen, et réalisée par IMA Groupement d'intérêt économique au capital social de 3 547 170 €, inscrite au RCS de Niort sous le n° SIREN 433 240 991, 118 avenue de Paris - 79000 NIORT.

Document non contractuel. L'ensemble des garanties évoquées dans ce document s'applique dans les limites et conditions définies au contrat.

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

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, autotests).

Renfort Mieux-être

Séances de médecines douces (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 : 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, 7 j/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 Âgées 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

- ! **Acupuncture** : seuls sont pris en charge les actes non remboursés par la Sécurité sociale réalisés chez un médecin, une sage-femme ou un chirurgien-dentiste.
- ! **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 2024.
- ! **Forfait vaccin antigrippe** : sur facture pharmaceutique nominative acquittée jusqu'au 31 décembre 2024.
- ! **Séances avec des psychologues** : ouvert aux personnes de plus de 3 ans (enfants, adolescents et adultes) après consultation d'un médecin. Dans la limite de 8 séances par an avec une première séance qui est un entretien d'évaluation (40 € la séance) ; entre 1 à 7 séances de suivi psychologique (30 € par séance). Ce nombre est adapté aux besoins et déterminé par le psychologue.
- ! **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 valable pour les actes non remboursés par la Sécurité sociale, chez les praticiens diplômés dans leur spécialité et inscrits aux registres officiels de l'Assurance maladie, sur présentation d'une facture nominative acquittée.



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, toute modification de garantie entraînant le décompte d'un nouveau délai d'un an, la résiliation prend effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification par le souscripteur,
 - 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, autotests).

Renfort Mieux-être

Séances de médecines douces (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 : 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.

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 Âgées 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

- ! **Acupuncture** : seuls sont pris en charge les actes non remboursés par la Sécurité sociale réalisés chez un médecin, une sage-femme ou un chirurgien-dentiste.
- ! **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 2024.
- ! **Séances avec des psychologues** : ouvert aux personnes de plus de 3 ans (enfants, adolescents et adultes) après consultation d'un médecin. Dans la limite de 8 séances par an avec une première séance qui est un entretien d'évaluation (40 € la séance) ; entre 1 à 7 séances de suivi psychologique (30 € par séance). Ce nombre est adapté aux besoins et déterminé par le psychologue.
- ! **Forfait vaccin antigrippe** : sur facture pharmaceutique nominative acquittée jusqu'au 31 décembre 2024.
- ! **Médecines douces dans le cadre du renfort Mieux-être** : forfait global valable pour les actes non remboursés par la Sécurité sociale, chez les praticiens diplômés dans leur spécialité et inscrits aux registres officiels de l'Assurance maladie, sur présentation d'une facture nominative acquittée.



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, toute modification de garantie entraînant le décompte d'un nouveau délai d'un an, la résiliation prend effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification par le souscripteur,
 - 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.