

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 est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française et par un régime complémentaire souscrit auprès de la Mutuelle avec l'offre IBAMEO ESSENTIELLE.

L'offre IBAMEO ZEN ESSENTIELLE ne peut être souscrite qu'en complément de l'offre IBAMEO ESSENTIELLE.

Le produit ne respecte pas les conditions légales des contrats responsables.

Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants ainsi que les conditions et limites des prestations 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 PRÉVUES

- ✓ **Hospitalisation - Maternité :**
 - Honoraires chirurgie médecins, anesthésie et obstétrique ;
 - Chambre particulière.

Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ 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 en maisons d'accueil spécialisées (MAS), Institut Médico Educatif (IME) et Foyers d'Accueil médicalisé (FAM), n'est pas pris en charge par la Mutuelle.

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 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 dépenses non remboursées par la Sécurité sociale ou non répertoriées dans la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux).
- ! Les dépenses réalisées auprès de praticiens non reconnus par les organismes habilités.
- ! Les actes non pris en charge par le Régime Obligatoire sauf exceptions prévues au tableau.
- ! Les soins de toutes natures dont les dates d'exécution se situent avant la date d'effet de l'adhésion.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Hospitalisation** : limitation au ticket modérateur de la prise en charge des frais d'hospitalisation.
- ! **Optique (contrat responsable et solidaire)** : pour les enfants de moins de 18 ans, limitation à un équivalent optique par période de 12 mois. Pour les adultes, limitation à un équipement optique par période de 24 mois.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger sous condition d'être rattaché à la Sécurité sociale française (Caisse des Français à l'Étranger).
- ✓ Le barème de remboursement de la Mutuelle est identique pour des soins exécutés en France ou à l'étranger.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par la Mutuelle ;
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la Mutuelle et notamment la photocopie des attestations de droits à l'Assurance maladie en cours de validité de tous les assurés ;
- Régler la 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 la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale ;
- Informer la Mutuelle par écrit de tout changement de situation notamment :
 - changement d'adresse, ajout/suppression d'un ayant droit, modification du centre de Régime Obligatoire, changement de compte bancaire, modification du numéro de Sécurité sociale. Toute demande de modification doit être reçue par le centre de gestion au moins un mois avant la prise d'effet du changement de situation.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables mensuellement à terme échu, à la date indiquée dans l'échéancier relatif au contrat.
Les paiements peuvent être effectués par prélèvements automatiques.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion est annuelle et prend effet le premier jour du mois qui suit la réception dans nos services du Bulletin d'adhésion, pour une durée expirant le 31 décembre de l'année en cours. Elle se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction, le 1^{er} janvier de chaque année civile sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties dans les cas et conditions fixées au règlement.

En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).

Autres cas de cessation des garanties sous réserve que le Centre de Gestion de la Mutuelle en ait été informé. Il s'agit notamment des cas suivants :

- résiliation de l'offre IBAMEO ESSENTIELLE ;
- décès d'un membre participant ;
- perte de la qualité d'ayant droit sur justificatif du membre participant.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à la date d'échéance principale du contrat, en adressant une lettre recommandée au Centre de Gestion de la Mutuelle au moins deux mois avant cette date. La résiliation prendra effet le 31 décembre de l'année considérée.

LES PRESTATIONS SANTÉ

Le barème ne doit pas être communiqué aux praticiens. Le barème est applicable par bénéficiaire et concerne tant le membre participant que ses éventuels ayants droit.

(*) : Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement du Régime Obligatoire (BRRO).

	SUR COMPLEMENTAIRE(*) (en complément du remboursement de l'offre IBAMEO ESSENTIELLE)
HOSPITALISATION - MATERNITE	
Honoraires chirurgie médecins, anesthésie et obstétrique	+ 100% BRRO
Chambre particulière - Le plafond annuel s'applique aux adhérents ayant moins de 24 mois d'ancienneté à la Mutuelle même dans le cas d'un changement d'offre.	
Plafond annuel global pour la chambre particulière et le forfait accompagnant :	
- 10 jours dans les 12 premiers mois d'adhésion à la Mutuelle	
- 20 jours pour les 12 mois suivants	
- plus de plafond après 24 mois d'adhésion à la Mutuelle (y compris en cas de changement d'offre)	
Séjour hospitalier	+ 60 € / jour ⁽¹⁾
Forfait accompagnant	+ 60 € / jour ⁽¹⁾

(1) : Sur présentation de la facture des frais de séjour de l'établissement ou du bordereau de facturation destiné à l'assurance maladie complémentaire (facture AMC) ou des données Sécurité sociale.

