

Assurance complémentaire santé individuelle – Reflexio Plénitude

Document d'information sur la garantie complémentaire santé Reflexio Plénitude

Groupe France Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité et au contrôle de l'ACPR,

Immatriculée en France sous le n° de SIREN 784 492 084. Siège social : 56 rue de Monceau, 75 008 Paris.



Ce document d'information 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 cette garantie dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement sont détaillés dans le tableau des prestations.

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

Reflexio Plénitude 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. Reflexio Plénitude est réservé aux assurés âgés d'au moins 55 ans lors de la souscription. Ce produit comporte 5 niveaux de garanties.

Les niveaux de garantie Plénitude 2, Plénitude 3, Plénitude 4 et Plénitude 5 respectent les conditions légales des contrats responsables.

Plénitude 1 propose un niveau de garantie non responsable soumis à un taux majoré de taxe de solidarité additionnelle.

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 des prestations. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

LES PRESTATIONS SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

✓ **Soins courants:** Consultations généraliste et spécialiste, médicaments pris en charge par la Sécurité sociale, analyses laboratoire dont dépistage hépatite B, actes d'imagerie et radiologie dont échographie et ostéodensitométrie acceptée par la Sécurité sociale, honoraires paramédicaux dont bilan du langage

✓ **Dentaire :** Soins dentaires, Soins et prothèses 100% Santé, soins et prothèses hors panier 100% Santé pris en charge par la Sécurité sociale, implantologie prise en charge par la Sécurité sociale

✓ **Optique** Equipements (monture et verres) 100% Santé, équipements (monture et verres) hors panier 100% Santé, suppléments et prestations optiques pris en charge par la sécurité sociale, lentilles de contact acceptées par la Sécurité sociale.

✓ **Hospitalisation (en établissements conventionnés incluant la maternité) :** Honoraires, actes du chirurgien et de l'anesthésiste, forfait journalier hospitalier, frais de séjour, frais de transport ou ambulance sur prescription médicale, participation forfaitaire sur les actes techniques supérieurs à 120 euros

✓ **Aides auditives :** Equipements 100% Santé, équipements hors panier 100% Santé pris en charge par la Sécurité sociale.

✓ **Matériel médical:** Prothèses et appareillages pris en charge par la Sécurité sociale

✓ **Prévention et bien-être :** Cure thermale acceptée, vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale

✓ **Garantie forfaitaire en cas d'invalidité grave accidentelle.**

LES PRESTATIONS PREVUES SELON LE NIVEAU DE GARANTIES SOUSCRIT

- Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale
- Parodontologie et surfaçage
- Implantologie non prise en charge par la Sécurité sociale
- Participation lentilles refusées par la Sécurité sociale
- Chirurgie réfractive
- Chambre particulière hors hospitalisation en ambulatoire
- Chambre particulière en psychiatrie hors hospitalisation en ambulatoire
- Lit accompagnant adulte
- Participation prothèses capillaires et mammaires sur prescription médicale
- Participation autres prothèses (dont orthopédiques) et tout appareillage
- Participation fauteuil roulant (achat, location, livraison)
- Participation cure thermale acceptée par la Sécurité sociale
- Forfait médicaments/ homéopathie prescrits ou non et non pris en charge par la Sécurité sociale

(suite au verso)

Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat

✗ Les indemnités de perte de salaire 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

✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale

✗ Le forfait journalier facturé par les établissements médicaux-sociaux incluant les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD) ainsi que le forfait journalier facturé dans le cadre de l'accueil familial thérapeutique.

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.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

! **Délais d'attente:** limitation au ticket modérateur de la prise en charge :

- des frais de prothèses dentaires, implants et frais d'hospitalisation (hors accident et maternité) pendant les 4 à 6 premiers mois suivant l'adhésion selon le niveau de garantie souscrit.
- des frais d'optique pendant les 6 premiers mois suivant l'adhésion pour le niveau de garanties le plus élevé.
- des frais d'hospitalisation (hors hospitalisation accidentelle et maternité) pendant les 4 à 6 premiers mois suivant l'adhésion selon le niveau de garantie souscrit (dépassements d'honoraires non pris en charge).

Pas de prise en charge du ticket modérateur pour le niveau 1.

Exemption des délais d'attente sur présentation d'un certificat de radiation du précédent organisme assureur datant de moins de trois (3) mois à compter de la fin de couverture.

! **Dentaire :** Remboursement de 2 implants maximum par an. Aucun remboursement d'implants pour les niveaux 1 à 3. Pour les niveaux 2 à 5, les prothèses hors panier 100% Santé et l'implantologie sont remboursés dans la limite d'un plafond annuel déterminé suivant l'ancienneté de l'adhérent dans le niveau de garantie.

! **Aide auditive :** remboursement limité à 1 aide par oreille tous les 4 ans.

(suite au verso)

- Forfait prévention : Sevrage tabagique, chiropraxie, étiopathie, acupuncture, ostéopathie, bilan diététique, téléagrandisseur, podologie.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Analyse et délivrance de devis (optique, dentaire, audioprothèses)
- ✓ Télétransmission
- ✓ Tiers payant sur le ticket modérateur
- ✓ Réseau de soins Optique: Pratique du tiers payant et tarifs négociés chez les opticiens appartenant au réseau
- ✓ Téléconsultation médicale
- ✓ Protection juridique santé (*applicable au 1^{er} janvier 2021*)
- ✓ Espace Adhérent:
 - suivi et paiement en ligne des cotisations
 - visualisation et téléchargement des remboursements
 - recensement des professionnels de santé pratiquant le tiers payant et/ou appartenant au réseau de soins Optique.
- ✓ Action culturelle:
 - accès à un spectacle par mois à Paris
 - magazine France Mutuelle (trimestriel).

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Aide à domicile, livraison de médicaments et matériel médical en cas d'hospitalisation, immobilisation imprévue supérieure à 5 jours ou affection de longue durée.

Les prestations et services précédés d'une coche ✓ sont systématiquement prévus au contrat.

! **Lit accompagnant adulte:** remboursement de maximum 15 jours par an.

! **Optique :** Prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 CSS, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

! **Chambre particulière :** Remboursement limité de 30 à 90 jours par an selon le niveau de garantie souscrit et le secteur hospitalier (médecine, chirurgie, psychiatrie).

! **Maternité (accouchement):** Dépassements d'honoraires non pris en charge à l'exception de la césarienne et de l'anesthésie péridurale

! Certaines prestations sont limitées à un montant maximum par année civile. Se référer au tableau des prestations

RESTRICTION SPECIFIQUE A PLENITUDE 1

! **Hospitalisation et maternité : Prise en charge du forfait journalier hospitalier limité à :**

→ maximum 120 jours par an

→ maximum 30 jours par an en psychiatrie

RESTRICTIONS DANS LE CADRE D'UN CHANGEMENT DE NIVEAU DE GARANTIES

! Changement de niveau de garantie possible au 1^{er} janvier de chaque année, au terme d'un délai de 12 mois d'adhésion

! **Pour toute demande de modification dans une garantie supérieure et sur certains postes de remboursements,** des délais d'attente précisés dans la fiche d'information s'appliquent. Les niveaux de garantie antérieurs perdurent pendant la période d'attente.

Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger : Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement ne se fait qu'en complément de la Sécurité sociale française et sur sa base de remboursement.

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 (*Photocopie de la pièce d'identité, attestation d'affiliation à l'assurance maladie de moins de 3 mois, relevé d'identité bancaire, mandat SEPA, justificatif de domicile de moins de 3 mois, certificat de scolarité ou photocopie de la carte d'étudiant pour les enfants attestant de leur qualité d'ayant-droit, éventuel certificat de radiation du précédent organisme de santé*);
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée à l'échéancier.

En cours de contrat :

- Régler la fraction de cotisation indiquée à l'échéancier ;
- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues par la fiche d'information ;
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date des soins ;
- Informer la mutuelle en cas de survenance de l'un des événements suivants : changement d'adresse (variation de cotisations selon le lieu de résidence), modification de sa composition familiale (naissance, mariage, divorce, décès), changement de profession, changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité

Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement. Un paiement mensuel, trimestriel ou semestriel peut toutefois être accordé. Les paiements peuvent être effectués par prélèvement automatique ou par carte bancaire sur l'Espace Adhérent.

Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée aux dispositions particulières (attestation d'adhésion). En cas de contrat conclu à distance (vente en ligne, vente téléphonique), l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la date d'effet du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date d'effet du contrat). Le contrat est conclu pour une période allant jusqu'au 31 décembre de l'année de sa prise d'effet. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés par la fiche d'information.

Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à la date d'échéance principale du contrat (31 décembre), en nous adressant une lettre ou autre support au moins deux mois avant cette date,
- à tout moment, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités,
- en cas d'affiliation à une mutuelle d'entreprise obligatoire sous réserve de présentation d'un justificatif et de l'envoi de la demande au plus tard, (3) trois mois après l'affiliation au contrat collectif à adhésion obligatoire et dans les cas prévus au règlement mutualiste.