

Assurance complémentaire santé individuelle – Reflexio Modulaire

Document d'information sur la garantie complémentaire santé Reflexio Modulaire

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 Modulaire 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 Modulaire est réservé aux assurés âgés d'au moins 18 ans et d'au plus 79 ans lors de la souscription.

Cette garantie est composée de 5 familles de prestations : « Soins courants », « Hospitalisations et actes médicaux », « Dentaire », « Optique », « Prévention et bien-être ». Pour chacune de ces familles, il existe 3 niveaux de remboursement. L'assuré choisit les combinaisons et le niveau de garanties selon les modalités décrites dans la fiche d'information. Reflexio Modulaire respecte les conditions légales des contrats responsables et bénéficie du taux réduit de la taxe de solidarité additionnelle sous réserve pour l'assuré, de souscrire *a minima* les quatre modules « Soins courants », « Dentaire », « Optique » et « Hospitalisations et actes médicaux ».



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 DPTM et hors DPTM, médicaments pris en charge par la Sécurité sociale, analyses et examen de laboratoire, matériel médical, honoraires paramédicaux et soins à l'étranger.

LES PRESTATIONS PREVUES SELON LA COMBINAISON SOUSCRITE

- **Dentaire :** Soins dentaires, soins et prothèses 100% Santé, soins et prothèses hors panier 100% Santé pris en charge par la Sécurité sociale, orthodontie acceptée 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 et actes médicaux :** Honoraires chirurgien et anesthésiste DPTM et hors DPTM, forfait journalier et frais de séjour, actes d'imagerie, actes techniques médicaux et d'échographie et frais de transport.
- **Aides auditives :** Equipements 100% Santé, équipements hors panier 100% Santé pris en charge par la Sécurité sociale.
- **Prévention et participations:** Forfait autres prothèses et appareillages sur prescription médicale, participation fauteuil roulant, prothèse capillaire et mammaire sur prescription, forfait accueil de jour, sevrage tabagique, homéopathie et médicaments non remboursés par la Sécurité sociale, bilan diététique, médecines alternatives, cure thermale acceptée par la Sécurité sociale, thalassothérapie, vaccins non remboursés par la Sécurité sociale, garantie forfaitaire en cas d'invalidité grave accidentelle, consultation de psychologie non remboursée par la sécurité sociale.

LES PRESTATIONS PREVUES SELON LE NIVEAU DE GARANTIES SOUSCRIT

Soins courants: Analyses prescrites non prises en charge par la Sécurité sociale

Dentaire : Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale, implantologie non prise en charge par la Sécurité sociale, parodontologie et surfaçage

Optique : Lentilles de contact refusées par la Sécurité sociale, chirurgie réfractive ou prothèse intra oculaire

Hospitalisation et actes médicaux : Chambre particulière, lit d'accompagnant adulte et enfant

(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, aux paniers 100% santé, au forfait journalier hospitalier et à la participation forfaitaire pour les actes techniques > à 120€ de la prise en charge (y compris en cas de changement de garanties) :
 - des frais d'hospitalisation (hors accident et maternité) pendant les 6 premiers mois suivant l'adhésion (*dépassements d'honoraires non pris en charge*);
 - des frais de prothèses dentaires et implants (hors accident et maternité) pendant les 6 premiers mois suivant l'adhésion pour les deux niveaux de garanties les plus élevés.
 - des frais d'optique pendant les 6 premiers mois suivant l'adhésion pour les deux niveaux de garanties les plus élevés.
 - des frais d'aides auditives (hors accident et maternité) pendant les 6 premiers mois suivant l'adhésion.

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.

LES PRESTATIONS PREVUES SELON LE NIVEAU DE GARANTIES SOUSCRIT (suite)

Prévention et bien-être : Actes de psychomotricité sur prescription médicale,

Participation aux frais d'obsèques

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
- ✓ 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 et enfant de moins de 12 ans:** remboursement limité à 15 jours par an.

! **Médecines alternatives et consultations psychologiques :** Remboursement dans les conditions de la fiche d'information.

! **Chambre particulière:** remboursement limité à 30 jours par an en médecine, psychiatrie, convalescence et réadaptation. Limité à 7 jours par accouchement en maternité.

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

! **Forfait accueil de jour :** Remboursement limité à 30 jours par année civile pour les modules P1, P2 et P3.

! **Dentaire :** Remboursement jusqu'à 2 implants par an selon le niveau de garanties. Pour les niveaux D2 et D3, 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.

! **Optique :** Prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu par la réglementation en vigueur.

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

RESTRICTION 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 et 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*) et 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, 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.