

Assurance complémentaire santé individuelle – Reflexio Hospi

Document d'information sur la garantie hospitalisation Reflexio Hospi

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 Hospi 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'hospitalisation faisant suite à un accident, une maladie ou une maternité. Le remboursement des prestations s'effectue en complément de la Sécurité sociale française. Pour souscrire à Reflexio Hospi, il faut être âgé d'au moins 18 ans et d'au plus 70 ans au 31 décembre de l'année en cours. Cette garantie couvre les assurés en France métropolitaine uniquement. Reflexio Hospi est une garantie non responsable soumise à un taux majoré de taxe de solidarité additionnelle.

Ce produit comporte 2 niveaux de garanties.



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

✓ Hospitalisation (y compris en ambulatoire):

Honoraires actes de chirurgie et d'anesthésie, forfait journalier hospitalier, forfait journalier hospitalier en psychiatrie, frais de séjour, frais de transport ou d'ambulance, forfait patient urgences, prise en charge de la franchise pour les actes médicaux supérieurs ou égal à 120€.

✓ Garantie forfaitaire en cas d'invalidité grave accidentelle

LES PRESTATIONS PREVUES SELON LE NIVEAU DE GARANTIES SOUSCRIT

- Chambre particulière hors hospitalisation en ambulatoire
- Chambre particulière en psychiatrie hors hospitalisation en ambulatoire
- Lit accompagnant adulte
- Lit accompagnant enfant âgé de moins de 16 ans.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

✓ Télétransmission

✓ Tiers payant sur le ticket modérateur

✓ Téléconsultation médicale

✓ Espace Adhérent:

- suivi et paiement en ligne des cotisations
- visualisation et téléchargement des remboursements

✓ Protection juridique santé

✓ Action culturelle:

- accès à un spectacle par mois à Paris
- magazine France Mutuelle (trimestriel).

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

✓ Services à la personne, accompagnement psycho-social, second avis médical...

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



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

! Etablissements non conventionnés.

! Les franchises sur les boîtes de médicaments et transport.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

! Hospitalisations en cours, lors de la souscription, non prises en charge.

! A l'exception des hospitalisations accidentelles, application d'un délai d'attente de 6 mois (sauf présentation d'un certificat de radiation de moins de 3 mois à un contrat présentant des garanties équivalentes).

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

! Forfait journalier hospitalier: Limité à 20€ par jour

! Forfait journalier hospitalier en psychiatrie: Limité à 15€ par jour. 30 jours maximum par année civile.

! Chambre particulière : Application d'une franchise relative de 2 jours (Remboursement dès le 1^{er} jour d'hospitalisation pour les hospitalisations supérieures à 2 jours).

! Chambre particulière en psychiatrie: remboursement limité à 30 jours par an. Application d'une franchise absolue (prise en charge à partir du 3^{ème} jour quelle que soit la durée de l'hospitalisation).

! Lit accompagnant adulte ou enfant de moins de 16 ans: remboursement de maximum 15 jours par an.

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

! Changement de niveau de garantie possible au 1^{er} janvier de chaque année voire en cours d'année, au terme d'un délai de 12 mois d'adhésion (se référer à la fiche d'information).

! La souscription d'un nouveau produit au sein de la mutuelle ou le changement de niveau de garanties entraîne le décompte d'un nouveau délai d'un an au titre de la résiliation à tout moment.

! Pour toute demande de modification dans une garantie supérieure, un délai d'attente de 2 mois s'applique. Les niveaux de garantie antérieurs perdurent pendant la période d'attente.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France métropolitaine



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.