Assurance complémentaire santé individuelle – Reflexio Séniors

Document d'information sur la garantie complémentaire santé Reflexio Séniors

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 Séniors 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 Séniors est réservé aux assurés âgés d'au moins 55 ans lors de la souscription. Ce produit comporte 6 niveaux de garanties de base respectant les conditions légales des contrats responsables. Ces garanties de base peuvent être complétées d'un renfort hospitalisation en option (honoraires chirurgiens et anesthésistes DPTAM) sur les 6 niveaux de garanties proposés. Ces renforts respectent également 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 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, actes d'imagerie, actes techniques médicaux et d'échographie, médicaments pris en charge par la sécurité sociale, médicaments prescrits non pris en charge par la sécurité sociale, analyses et examens de laboratoire, honoraires paramédicaux, matériel médical, frais de transport, psychologue pris en charge par la sécurité sociale et soins à l'étranger.

✓ **Hospitalisation (en établissements conventionnés incluant la maternité) :** Honoraires chirurgien et anesthésiste DPTM et hors DPTM, forfait journalier hospitalier, frais de séjour conventionné et non conventionné, forfait patient urgences, participation forfaitaire sur les actes techniques supérieurs à 120 euros et chambre particulière.

✓ **Dentaire :** Soins dentaires, Soins et prothèses 100% Santé, soins et prothèses hors panier 100% Santé pris en charge par la Sécurité sociale, orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale, implants acceptés, prothèses, orthodontie et implants non remboursés.

✓ **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 acceptées par la Sécurité sociale, chirurgie réfractive.

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

✓ **Prévention et bien-être** : Cure thermale acceptée, forfait médecine alternative (ostéopathie…), participation aux frais d'obsèques.

LES PRESTATIONS PREVUES SELON LE NIVEAU DE GARANTIES SOUSCRIT

- Lit d'accompagnant

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…

✓ Action culturelle:
- accès à un spectacle par mois à Paris
- magazine France Mutuelle (trimestriel).

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 boites 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 orthodontie non prise en charge 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, y compris en cas d'adhésion à l'option Renfort Hospitalisation (*dépassements d'honoraires non pris en charge*).

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** : Pour les niveaux 4 à 6, les prothèses et l'orthodontie prise en charge par la sécurité sociale 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)

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.

! **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 à 30 jours par an en psychiatrie.

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

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

! Changement de niveau de garantie possible au 1er 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 entraine 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 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, relevé d'identité bancaire…*);
- 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 évènements suivants **:** changement d'adresse, de profession…

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 1er 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 de base :
- 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.

En cas d'adhésion à la garantie optionnelle Renfort Hospitalisation, la résiliation de la garantie de base entrainera la résiliation de plein droit de cette garantie optionnelle.

Vous pouvez mettre fin à l'option Renfort hospitalisation (uniquement) :
- 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. Dans ce cas, deux ans d'attente sont alors nécessaires avant de pouvoir s'affilier de nouveau à cette option.