

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Mutuelle Interprofessionnelle Economique Ligérienne (MIEL), Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le n° 776 398 786, dont le siège social est situé 11 rue du Gris de Lin 42021 SAINT-ETIENNE Cedex 1, substituée par la Mutuelle Malakoff Humanis, Mutuelle régie par les dispositions du livre II du Code de la mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 784 718 256, dont le siège social est situé au 21 rue Laffitte 75009 Paris.



Produit : PROXI SALARIES

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 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 **PROXI SALARIES** est souscrit par l'employeur dans un cadre collectif et obligatoire. Il est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge des salariés cadres et/ou non cadres relevant de la convention collective nationale du commerce de détail de fruits et légumes, épicerie et produits laitiers, IDCC 1505, et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte 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 garanties choisi et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées et une somme peut rester à la charge de l'assuré(e).

Les garanties de base systématiquement prévues

Soins courants

- ✓ Consultations - visites généralistes/spécialistes conventionnés ou non, actes techniques médicaux, radiologie et échographie, analyses médicales, auxiliaires médicaux, kinésithérapeute, matériel médical

Pharmacie

- ✓ Vignettes à 60%, 30%, 15%

Optique

- ✓ Montures/verres/lentilles, chirurgie de l'œil

Dentaire

- ✓ Soins dentaires, inlays onlays, prothèses et orthodontie prises en charge ou non par la Sécurité sociale, implantologie
- ✓ Selon le niveau souscrit : scellement des sillons et patchs blanchissants non pris en charge par la Sécurité sociale

Aide auditive

- ✓ Appareillage auditif et accessoires

Hospitalisation

- ✓ Frais de séjour, forfait journalier, honoraires chirurgicaux conventionnés ou non, chambre particulière, frais d'accompagnant, frais de transport
- ✓ Selon le niveau souscrit : amniocentèse et fécondations in vitro non prises en charge par la Sécurité sociale, télévision/téléphone

Bien être / prévention

- ✓ Cure thermale, médecine douce (ostéopathie...), actes prescrit non pris en charge par la Sécurité sociale (sevrage tabagique, vaccins, contraception)
- ✓ Selon le niveau souscrit : complément équipement post cancer, prestations pour améliorer le bien-être de l'adhérent

Prime naissance ou adoption

Les services

- Tiers payant national et réseaux de soins
- Télétransmission selon régime (NOÉMIE)
- Remboursements consultables en ligne sur un espace dédié
- Demandes de prise en charge hospitalière et demandes de remboursement en ligne
- Analyse de devis (optique, dentaire, ...)

L'assistance

- Dès 24 h d'hospitalisation : aide-ménagère, garde d'enfants ou des personnes dépendantes à charge, d'animaux familiers, venue d'un proche au domicile
- En cas de déplacement en France ou à l'étranger : rapatriement médical, visite d'un proche, ...
- En cas de décès : rapatriement du corps, aide-ménagère, garde d'enfants ou des personnes dépendantes à charge, ...
- Ecoute, conseil et orientation



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



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

- ! Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués dans :
 - les unités ou centres de long séjour
 - 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.
- ! Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) ou les Etablissements d'Hébergement pour les Personnes Dépendantes (EHPAD)

Principales exclusions du contrat responsable

- ! **Participation forfaitaire de 1 €** sur chaque consultation médicale et actes de biologie médicale
- ! **Franchise de 0,50 €** sur les boîtes de médicaments et sur les actes d'auxiliaires médicaux
- ! **Franchise de 2 €** sur les transports sanitaires
- ! **Minoration du remboursement en cas de non-respect du parcours de soins** (consultation d'un médecin sans prescription du médecin traitant/ absence de médecin traitant)

Principales restrictions du contrat responsable

- ! **Optique** : prise en charge d'un équipement optique tous les 2 ans. Cette période est réduite à 1 an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue.
- ! **Honoraires médicaux** : plafonnements des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.

Autres restrictions prévues au contrat

- ! Prothèses dentaires : devis indispensable
- ! Certaines prestations font l'objet d'une restriction forfaitaire en termes de montant et/ou de durée (cf. notice d'information).



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Les salariés de l'entreprise sont couverts en France métropolitaine (dont la Corse), dans les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM).
- ✓ A l'étranger, le remboursement se fait sur la base du tarif de convention de la Sécurité sociale française quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat, suspension des garanties ou résiliation du contrat :

A la souscription du contrat

- Remplir le bulletin d'adhésion avec exactitude et le signer.
- Faire signer le bulletin individuel d'affiliation par le salarié lors de son entrée dans l'entreprise.
- Remettre la notice d'information au salarié.
- Fournir la liste des salariés à assurer et celle des anciens salariés en portabilité.
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur.

En cours de contrat

- Informer l'assureur en cas de changement de siège social, de coordonnées bancaires, d'activité principale, d'ouverture d'une procédure collective, de toute arrivée ou départ de salariés.
- Régler la cotisation prévue au contrat.

Pour le remboursement des frais de santé

- Il appartient aux salariés et à ses éventuels bénéficiaires de fournir tout document justificatif nécessaire au remboursement des frais de santé (dans un délai maximum de 2 ans à compter de la date des soins communiquée par la Sécurité sociale).



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables trimestriellement à terme échu.

Les cotisations sont payables soit par chèque, soit par virement.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat prend effet à la date mentionnée au document contractuel signé par les parties. Les garanties s'appliquent à partir :

- de la date d'effet du contrat ;
- de la date **DU** premier jour du mois de la date d'embauche des nouveaux salariés;
- du 1^{er} jour du mois qui suit la demande d'un salarié ayant initialement choisi de ne pas adhérer.

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties selon les conditions prévues au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

La résiliation du contrat s'effectue au 31 décembre d'un exercice par l'envoi d'une lettre recommandée [ou d'un envoi recommandé électronique] sous réserve que la demande ait été faite avec un préavis de deux mois (avant le 31 octobre de l'exercice). Le cachet de la Poste [ou la date d'expédition de l'envoi recommandé électronique] fait foi du respect du délai de préavis.