

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Mutuelle Interprofessionnelle Economique Ligérienne (MIEL Mutuelle), Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité ; inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 776 398 786, dont le siège est situé au 11 rue 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 : R SENIORS PLUS

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 **R SENIORS PLUS** est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré(e) et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Peuvent adhérer toutes personnes physiques âgées de 50 ans et plus. 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

Soins courants

- ✓ Consultations généralistes et spécialistes, radiologie, échographie, actes techniques médicaux, analyses médicales, auxiliaires médicaux, matériel médical
- ✓ Selon le niveau souscrit : actes non pris en charge par la Sécurité sociale (analyses, vaccins et ostéodensitométrie)

Pharmacie

- ✓ Vignettes à 65 %
- ✓ Selon le niveau souscrit : vignettes à 15 % et à 30 %, pharmacie non prise en charge par la Sécurité sociale

Optique

- ✓ Verres, monture, lentilles
- ✓ Selon le niveau souscrit : chirurgie de l'œil et lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale

Dentaire

- ✓ Soins dentaires, prothèses dentaires, orthodontie
- ✓ Selon le niveau souscrit : actes non pris en charge par la Sécurité sociale (implants, parodontologie et orthodontie)

Aide auditive

- ✓ Appareillage auditif et accessoires

Hospitalisation

- ✓ Frais de séjour, forfait journalier, honoraires conventionnés ou non, frais de transport
- ✓ Selon le niveau souscrit : chambre particulière, frais d'accompagnant

Bien-être/prévention selon le niveau souscrit : cure thermique, médecine douce (ostéopathie, ...)

Garantie obsèques selon le niveau souscrit

Les services

- Tiers payant national et réseaux de soins
- Télétransmission selon régime (NOEMIE)
- Remboursements consultables en ligne sur un espace dédié
- Demande 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 votre 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
- ! Garantie obsèques : assuré(e) de plus de 12 ans, délai de carence de 6 mois
- ! Des plafonds sont applicables sur le dentaire hors soins, inlays et onlays ainsi que sur les lentilles et chirurgie de l'œil
- ! Les enfants de l'assuré(e) ayant plus de 25 ans ne sont pas couverts.
- ! Certaines prestations font l'objet d'une restriction forfaitaire en termes de montant et/ou de durée (cf. tableau de garanties).



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ 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 du régime obligatoire français 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
- Fournir tous documents demandés par l'assureur

En cours de contrat

- Informer l'assureur des événements suivants :
 - Changement d'adresse, de coordonnées bancaires, de la composition familiale (mariage, naissance, décès), de situation au regard des régimes obligatoires français d'Assurance Maladie et maternité.
 - Changement de profession : dans ce cas, l'assuré(e) doit fournir à l'assureur les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.
- Régler la cotisation indiquée au contrat

Pour le remboursement des frais de santé

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat (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 aux échéances prévues au contrat (mensuelle, trimestrielle, annuelle).

Les cotisations sont payables suivant les modalités prévues au contrat :

- Annuellement par chèque bancaire, par virement ou par carte bancaire,
- Mensuellement, trimestriellement ou semestriellement par prélèvement sur compte bancaire,
- Trimestriellement ou semestriellement par virement.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée sur le certificat d'adhésion.

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.