

Assurance complémentaire santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Mutuelle : MIE - 16 avenue Louison Bobet - CS 60005 - 94132 FONTENAY-SOUS-BOIS Cedex

régie par le livre II du Code de la Mutualité, immatriculée en France sous le SIREN n°784 275 885

Produit : Complémentaire santé individuelle MA CARTE SANTE



Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du Règlement mutualiste. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Des informations précontractuelles et contractuelles complètes sont fournies dans les documents relatifs à la garantie : statuts, règlement mutualiste, bulletin d'adhésion, fiche d'information individuelle, tableau des garanties (détaillant les niveaux de remboursement).

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé 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.

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 votre charge.

LES GARANTIES SOCLES

- ✓ Hospitalisation : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnement, maison de repos
- ✓ Soins courants : consultations d'un médecin généraliste ou spécialiste, actes paramédicaux, analyses et examens médicaux, transport, médicaments avec prise en charge partielle de la Sécurité sociale (65%, 30% et 15%)
- ✓ Optique : monture et verres, lentilles remboursées ou non remboursées par la Sécurité sociale, chirurgie réfractive de l'œil
- ✓ Dentaire : soins, prothèses dentaires et orthodontie remboursés par la Sécurité sociale ; prophylaxie bucco-dentaire, prothèses dentaires, implants, parodontologie et orthodontie non remboursés par la Sécurité sociale
- ✓ Aides auditives : audioprothèses remboursées par la Sécurité sociale, piles et accessoires
- ✓ Matériel médical : orthopédie remboursée par la Sécurité sociale, fauteuil roulant
- ✓ Cure thermale prise en charge par la Sécurité sociale

LES GARANTIES EN OPTION

Ostéodensitométrie osseuse non remboursée par la Sécurité sociale
Médecine douce
Analyses hors nomenclature prescrites
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale

LES SERVICES

- ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les opticiens et audioprothésistes partenaires)
- ✓ Application mobile - site web avec espace adhérent

L'ASSISTANCE

- ✓ En cas d'hospitalisation : aide-ménagère, prise en charge des animaux domestiques
- ✓ Aides et informations juridiques et administratives
- ✓ Conseil social



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité d'adhésion au règlement
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ Les actes non prévus dans le tableau de garanties
- ✗ Les soins de rajeunissement, amaigrissement, traitement et chirurgie esthétique, transformations sexuelles non prises en charge par la Sécurité sociale
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués dans des établissements ne pouvant être qualifiés d'établissement de santé (établissements médico-sociaux, maisons d'accueil spécialisées (MAS), EHPAD, unités ou centres de long séjour...)



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€
- ! Les franchises sur les boîtes de médicaments, actes effectués par un auxiliaire médical, les transports et les prestations effectuées par un pharmacien d'officine
- ! La majoration du ticket modérateur due en l'absence de désignation du médecin traitant ou en cas de refus d'accès au dossier médical partagé 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 par règlement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée

PRINCIPALES RESTRICTIONS

Des plafonds peuvent être appliqués pour chaque garantie concernée en fonction de la formule et des options retenues

- ! Hospitalisation : chambre particulière plafonnée à 60 jours par an en cas d'hospitalisation psychiatrique et en maison de repos ; frais d'accompagnement : limités à 15 jours par an
- ! Optique : un équipement par période de 2 ans, réduite en fonction de l'âge et/ou en cas d'évolution de la vue ; équipement classe B : plafonds définis par la réglementation ; lentilles : plafond annuel ; chirurgie réfractive : plafonds par œil
- ! Aides auditives : un équipement par période de 4 ans ; équipement de classe II : plafond de 1700 €
- ! Dentaire : Dispositif « RAC maîtrisé », plafonds définis par la réglementation/Dispositif « Tarifs libres », plafond éventuel de 1 800 € à 2 000 € par an

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France et à l'étranger
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement intervient uniquement sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire français. Le remboursement sera évalué à partir de la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties.

Lors de l'adhésion au règlement mutualiste :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion,
- Transmettre tous les justificatifs nécessaires à la constitution et la mise à jour du dossier et au paiement des prestations.

En cours d'adhésion au règlement mutualiste :

- Régler les cotisations aux échéances convenues,
- Informer la mutuelle de tout changement d'adresse, de modification de la situation familiale et de changement de Régime Obligatoire d'Assurance Maladie,
- Adresser les demandes de remboursements à la mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant soit la date d'établissement du décompte de la Sécurité Sociale, soit la date de paiement de la facture, soit la date de l'évènement.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Le recouvrement des cotisations payables d'avance, peut s'effectuer mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement.

Le règlement des cotisations est effectué soit par chèque, soit par prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet des garanties est rappelée sur le certificat d'adhésion. Elle intervient par principe au 1er jour du mois mentionné sur le bulletin d'adhésion.

En cas d'adhésion conclue à distance ou hors établissement, le membre participant dispose d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires révolus, à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion, de la date d'effet de son adhésion, ou de la date à laquelle il reçoit les conditions d'adhésion et les informations précontractuelles si cet événement est postérieur.

L'adhésion intervient pour une durée minimale d'un an. A l'issue de la 1ère année calendaire, elle vient ensuite à échéance le 31 décembre de chaque année et se renouvelle par tacite reconduction chaque année au 1er janvier, sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions prévues au règlement.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le Membre Participant peut dénoncer l'affiliation par l'envoi à la mutuelle MIE d'une notification, par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité, au moins deux mois avant l'échéance.

Le Membre participant peut également dénoncer l'affiliation par les mêmes moyens après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités.