

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation remise par la mutuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type de garanties s'agit-il ?

Le produit « Garanties Complémentaire Santé » est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restants à la charge des bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Caisse de Régime Obligatoire à laquelle le souscripteur et les éventuels bénéficiaires sont affiliés. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est couvert ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction de la nature des soins, 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 SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Les équipements « 100 % santé » en optique, dentaire et audioprothèse**, dans la limite du panier « 100 % santé » pris en charge par la S.S.
- ✓ **Hospitalisation, maternité et convalescence** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport, chambre particulière.
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Consultations, visites médecins, examens médicaux, auxiliaires médicaux, pharmacie à service médical rendu (SMR) élevé, modéré ou faible (remboursés à 65%, 30% et 15% par la Sécurité sociale).
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact.
- ✓ **Frais dentaires** : Soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie.

- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : audioprothèses, prothèses et orthèses.
- ✓ **Médecines douces** : Spécialités selon la gamme choisie.

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Tiers payant généralisé auprès de tous les Professionnels de Santé le mettant en oeuvre.
- ✓ Accès à l'ensemble des actions de prévention.
- ✓ Des conseillers mutualistes à votre écoute pour vous conseiller.
- ✓ Le respect du libre choix du professionnel de santé consulté ou du fournisseur de biens médicaux.
- ✓ Accès à votre dossier 7j/7 sur le Site Web de la mutuelle www.mclr.fr ou via l'application mclr disponible sur Apple Store ou Google Play.



Qu'est-ce qui n'est pas couvert ?

- ⊗ 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.
- ⊗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués
 - dans les unités ou centres de long séjour,
 - dans 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.
- ⊗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale.
- ⊗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD).



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ? Principales exclusions du contrat responsable

- ⚠ La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport (sauf hospitalisation).
- ⚠ La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins (sauf consultation en urgence ou en dehors du lieu de résidence habituelle).
- ⚠ 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

- ⚠ **Chambre particulière** : remboursement dans la limite du plafond journalier défini dans le tableau de garanties.
- ⚠ **Optique** : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.
- ⚠ **Médecine douce** : Forfait par an et par bénéficiaire selon les spécialités.
- ⚠ **Aides Auditives** : Une aide auditive tous les 4 ans par oreille.



Où suis-je couvert ?

- En France et à l'étranger.
- Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement. Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Semestriel, Trimestriel, Mensuel). Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique.



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 les documents justificatifs demandés par la mutuelle,
- Régler les cotisations indiquées sur l'échéancier.

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat,
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins par votre Caisse de Régime Obligatoire,
- Informer la mutuelle des événements suivants :
 - **Changements de situation** : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité,
 - **Passage en retraite** : dans ce cas, l'adhérent doit fournir à la mutuelle les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat. Ce changement peut dans certains cas entraîner un changement de grille tarifaire.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet de l'adhésion est le premier jour du mois qui suit la réception de l'ensemble de la documentation nécessaire à l'enregistrement de l'adhésion (si cette date est postérieure à la date mentionnée sur le bulletin d'adhésion). L'adhésion est conclue pour une durée expirant le 31 décembre de chaque année et se renouvelle automatiquement d'année en année au 1er janvier sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées par le règlement mutualiste.



Comment puis-je résilier mon adhésion ?

Vous pouvez mettre fin à votre adhésion:

- Le 31 décembre de chaque année, en nous adressant une lettre recommandée avant le 31 octobre de la même année,
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis.
- A tout moment après expiration d'un délai d'un an d'adhésion à la mclr. La résiliation prendra effet au plus tôt un mois après réception de votre notification de résiliation.