

Garanties Complémentaire santé Contrat collectif



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, ainsi qu'à mettre en oeuvre des mesures d'assistance en cas d'accident ou de maladie (Assisteur : IMA ASSURANCES, société anonyme au capital de 157 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632). 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).
- ✓ **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.

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ **Aide à domicile** : En cas d'accident, de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation ou une immobilisation.
- ✓ **Présence d'un proche** : En cas d'accident, de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation ou une immobilisation.
- ✓ **Prise en charge des enfants** : En cas d'accident, de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation ou une immobilisation.
- ✓ **Soutien psychologique** : En cas d'évènement traumatisant



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 en fonction de la gamme choisie.
- ⚠ **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.
- ⚠ **Aide à domicile** : jusqu'à 10 heures sur 10 jours.
- ⚠ **Présence d'un proche** : aller-retour et 2 nuitées dans la limite de 50€/nuit, petit déjeuner inclus.
- ⚠ **Soutien psychologique** : jusqu'à 5 entretiens télépho-



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.
- **Pour l'assistance** :
France métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et en outre mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyanne et Mayotte).



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.

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 évènements 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.



Quand commence la couverture

et quand prend-elle fin ?

Pour l'entreprise souscriptrice :

L'adhésion de l'entreprise prend effet à compter de la date fixée au contrat. Elle est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année. L'adhésion de l'entreprise cesse à la date d'effet de la résiliation.

Pour le salarié ou ancien salarié :

La couverture obligatoire prend effet à compter de la date d'affiliation au contrat. La couverture facultative des ayants-droit prend effet soit à la date d'affiliation du salarié soit au 1er jour du mois civil suivant la demande. Le maintien facultatif au titre de la loi EVIN prend effet au lendemain de la demande et au plus tôt le lendemain de la rupture du contrat de travail, ou de la cessation des garanties au titre de la portabilité.

La couverture du salarié ou de l'ancien salarié cesse à la date d'effet de la résiliation du contrat par l'entreprise ou par la mutuelle, l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail, à l'expiration du mois au cours duquel le salarié ne remplit plus les conditions d'appartenance à la catégorie de personnel « bénéficiaire » ou à l'expiration de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité des droits.