

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : SMATIS FRANCE – Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité

N° SIREN 781166293 - 6, rue du Piave - CS 90000 - 16920 ANGOULEME CEDEX 9

Produit : GAMME MEANA SANTE SENIORS 2



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 contractuelle.

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

Le produit d'Assurance complémentaire Santé "MEANA SANTE SENIORS 2" est un contrat collectif à adhésion facultative destiné à rembourser tout ou une partie des frais de santé restant à charge de l'assuré et de ses éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française mais couvre également des garanties non prises en charge par la Sécurité sociale. Le produit destiné aux particuliers membres de l'association ASAF & AFPS respecte les conditions légales du contrat responsable mis en conformité avec le nouveau cahier des charges "100% Santé" ou "Reste à charge 0" pour les postes optique, dentaire et audioprothèse. Il inclut également des packs optionnels et des services associés.

QU'EST-CE-QUI EST ASSURÉ ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisie, 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, sauf pour ce qui concerne le panier de soins 100% Santé pour les postes optique, dentaire et audioprothèse qui est sans reste à charge.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT INCLUSES

- ✓ **Hospitalisation** : honoraires, forfait journalier hospitalier illimité, frais de séjour
- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux et paramédicaux, analyses et examens de laboratoires, tous médicaments pris en charge par le Régime Obligatoire (RO) et matériel médical
- ✓ **Frais optiques** : équipement optique (monture et verres) selon les paniers de soins 100% Santé et Honoraires libres.
- ✓ **Frais dentaires** : soins et prothèses dentaires selon les paniers de soins 100% Santé, Honoraires modérés et Honoraires libres. Orthodontie prise en charge par le RO.
- ✓ **Aides auditives** : équipement selon les paniers de soins 100% Santé et Honoraires libres
- ✓ **Cures thermales prises en charge par le RO**
- ✓ **Transport** : frais de transport pris en charge par le RO
- ✓ **Téléconsultation Médicale** (cf. conditions générales d'utilisation "Téléconsultation médicale")
- ✓ Prise en charge de la participation forfaitaire pour les actes supérieurs à 120 € en hospitalisation et en soins courants
- ✓ Prise en charge du forfait patient urgences
- ✓ Actes de prévention conformément à l'Arrêté ministériel du 08/06/2006

LES GARANTIES OPTIONNELLES

- Hospitalisation** : chambre particulière, confort hospitalier, frais d'accompagnant
- Frais optiques** : Lentilles prises en charge ou non par le RO, chirurgie réfractive de l'œil et implants oculaires
- Frais dentaires** : Implantologie et parodontologie non prises en charge par le RO.
- Bien-être et Prévention** : médecine douce, médicaments à base de nicotine non pris en charge par le RO
- Pack Essentiel** : forfait supplémentaire : sur l'optique tel que l'équipement lunettes prises en charge par le RO, sur les lentilles prises en charge ou non par le RO ou chirurgie réfractive de l'œil, sur le dentaire tel que les prothèses dentaires prises en charge par le RO, sur l'orthodontie prises en charge par le RO, sur la parodontologie et implantologie non pris en charge par le RO, et sur l'audioprothèse de classe 2.
- Pack Bien-Etre** : forfait supplémentaire pour les médecines douces, les cures thermales, et la pharmacie prescrite non remboursée,

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS *

- ✓ Tiers-payant, Réseau de soins Itelis, Assistance, Fonds d'action social, Espace adhérent,
- ✓ Palmarès des hôpitaux (préparer au mieux son hospitalisation ou celle d'un proche)
- ✓ Protection Juridique (droit vie privé, les recours médicaux, atteinte à l'intégrité physique ou morale)
- ✓ ANGEL (une équipe pluridisciplinaire répond à toutes les questions médicales et sociales pour vous et vos proches)
- * soumis à condition (cf. notice d'information)

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

QU'EST-CE-QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

- X les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- X les indemnités versées en complément du RO en cas d'arrêt de travail
- X le forfait journalier hospitalier en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et en Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS)
- X les frais de santé relatifs à des soins esthétiques
- X les dépenses de soins relatives aux séjours effectués en centres de long séjour
- X les cures thermales non remboursées par le RO et les soins effectués en thalassothérapie

Y A-T-IL DES EXCLUSIONS À LA COUVERTURE ?

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS DU CONTRAT RESPONSABLE : PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! la participation forfaitaire de 1 € pour chaque consultation médicale ou acte de biologie médicale, la franchise de 0,50 € sur les boîtes de médicaments et actes paramédicaux et la franchise de 2 € sur les transports sanitaires
- ! la majoration du ticket modérateur 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 réglementairement pour les médecins n'adhérant pas aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)
- ! **Optique** : prise en charge d'un équipement (monture et verres) tous les 2 ans, réduite à un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue.
- ! **Aides auditives** : sauf dérogations prévues par la réglementation, la période de renouvellement est décomptée par période de 4 ans à partir de la date de la dernière acquisition d'une aide auditive.

PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! **Postes de garanties incluant un forfait** : prise en charge limitée annuellement
- ! **Hospitalisation** : Prise en charge limitée au TM pendant les 30 premiers jours suivant la date de début des garanties pour les honoraires médicaux et chirurgicaux lors d'une hospitalisation. Abrogation des 30 jours si suite à un accident.
- ! **La chambre particulière, les frais d'accompagnant et le confort hospitalier** sont limités à un forfait en euros par jour et en nombre de jours par an et par bénéficiaire.
- ! **Optique** : Lentilles de contact non prises en charge par la Sécurité sociale, chirurgie réfractive et implants oculaires limitée à un forfait en euros par an et par bénéficiaire.
- ! **Dentaire** : Implantologie et parodontologie non pris en charge par le RO limités à un forfait en euros par an et par bénéficiaire. Plafond dentaire sur les prothèses dentaires des paniers modérés et libres identique les 2 premières années d'adhésion et différente à partir de la 3ème année d'adhésion limités à un forfait en euros par an et par bénéficiaire.
- ! **Médecines douces, et prévention** : limitées à un forfait en euros et en nombre de séances, par an et par bénéficiaire.
- ! **Règles de gestion des packs** : Pack(s) optionnel(s) disponible(s) sur les niveaux 150 à 350 de la gamme MEANA SANTE SENIORS 2. L'ajout ou le retrait de pack(s) après souscription peut intervenir qu'après 12 mois d'adhésion. La re-souscription de pack(s) une fois résilié(s) ne peut intervenir qu'au bout de 24 mois après la datée retrait de pack(s).
- ! **Délais d'attente** : Délai d'attente de 3 mois applicable uniquement dès souscription d'un pack



OÙ SUIS-JE COUVERT(E) ?

- ✓ en France métropolitaine, dans les Départements et Territoires d'Outre-Mer, ainsi que dans les pays membres de l'Union Européenne
- ✓ 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.
- ✓ les garanties d'assistance s'appliquent uniquement à la France.



QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

Sous peine des sanctions notamment prévues dans la documentation contractuelle (nullité du contrat, suspension des garanties, non garantie etc...)

À la souscription/adhésion au contrat :

L'association doit remettre la Notice d'information à ses adhérents

L'adhérent doit :

- remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion, le dater et le signer sous peine de nullité de son contrat
- fournir tous documents justificatifs demandés par la Mutuelle
- régler la cotisation selon les modalités de règlement et la fréquence indiquées sur le bulletin d'adhésion.

En cours de contrat, l'adhérent doit :

- fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- faire parvenir les demandes de remboursements sur la demande de la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins du régime obligatoire
- informer la Mutuelle des évènements suivants dès qu'il en a connaissance :
 - => changement 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
- Honorer le paiement des cotisations.

En cas de sinistre, l'adhérent doit :

- fournir les pièces justificatives demandées par la Mutuelle pour percevoir les prestations.



QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

Les cotisations doivent être réglées aux échéances figurant au sein du contrat d'assurance. Les cotisations sont annuelles et sont payables d'avance. L'assuré a la possibilité de fractionner leur règlement qui peut être mensuel, trimestriel ou semestriel, selon le moyen de paiement défini lors de son adhésion : par chèque ou prélèvement automatique. L'avis d'échéance détaille le montant des cotisations suivant la périodicité et le mode de règlement qui aura été choisis.



QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

La couverture prend effet à la date indiquée au sein du bulletin d'adhésion :

- étant toutefois précisé que la date d'effet ne peut pas être rétroactive à la demande d'adhésion.
- L'adhésion ne devient effective qu'après confirmation de la Mutuelle et règlement de la première cotisation.

L'adhésion ainsi que celle des ayants droits éventuellement désignés prend fin :

- en exerçant le droit de renonciation en adressant à la Mutuelle une lettre recommandée dans un délai de 14 jours,
- à la prise d'effet de la dénonciation de l'adhésion au contrat collectif
- en cas de résiliation de l'adhésion auprès de la Mutuelle
- en cas de défaut de paiement des cotisations
- en cas de résiliation du contrat collectif
- à la date à laquelle l'assuré n'est plus adhérent à l'association souscriptrice



COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

L'adhérent peut mettre fin au contrat :

- A la date d'échéance principale du contrat par notification adressée au plus tard deux mois avant cette date. La date d'expédition de la notification de résiliation fait foi pour le respect du délai.
- À tout moment au terme de la première année d'assurance sans frais ni pénalités. La résiliation prendra effet à la date que vous souhaitez, et au plus tôt 30 jours après réception par nos services de la notification de résiliation.

