Les Mutuelles Ligériennes

■ CLISSON
Tél. 02 40 56 29 59
clisson@lesmutuellesligeriennes.com

■ LE LOROUX BOTTEREAU
Tél. 02 40 03 76 87
leloroux@lesmutuellesligeriennes.com

■ LEGÉ
Tél. 02 40 04 93 80
lege@lesmutuellesligeriennes.com

■ TREILLIÈRES
Tél. 02 28 07 98 81
treillieres@lesmutuellesligeriennes.com

■ VALLET
Tél. 02 40 33 95 02
vallet@lesmutuellesligeriennes.com

■ VIEILLEVIGNE
Tél. 02 40 26 52 40
vieillevigne@lesmutuellesligeriennes.com

MAISON DE RETRAITE DOTATION GLOBALE AVEC PUI
COTISATION UNIQUE MENSUELLE 52,79€ / Mois
GARANTIE GÉNÉRATION (Responsable et Solidaire) ANNÉE 2022

NATURE DES ACTES (Base de remboursement du Régime obligatoire Sécurité Sociale incluse)			
SOINS COURANTS		**MAISON DE RETRAITE**	**RO + MUTUELLE**
Honoraires médicaux - Consultations et Visites Généralistes		100%	
Honoraires paramédicaux (kinésithérapeute, orthophoniste)		100%	
Médicaments		100%	
Analyses et examens de laboratoire		100%	
Radiologie de Fractures		100%	
Vaccin Anti-Grippe		100%	
Honoraires médicaux - Visites Spécialistes, Actes Techniques médicaux	Dépassement (Optam/Optam Co)		120% BR
	Dépassement (NON Optam/Optam Co)		100% BR
Honoraires paramédicaux (infirmier, podologue)			100% BR
Echographie - Imagerie médicale			100% BR
Ostéodensitométrie	Forfait Annuel		100% BR + 18€/An
Matériel médical	Petit appareillage et orthèse		160% BR
HOSPITALISATION			
Hospitalisation et Forfait médical	Frais réels		100% BR
Hospitalisation chirurgicale ou médicale	Chambre particulière (sans limite)		30 €
Actes techniques médicaux, de chirurgie, d'anesthésie	Dépassement (Optam/Optam Co)		120% BR
	Dépassement (NON Optam/Optam Co)		100% BR
Transport Ambulance			100% BR
Hospitalisation Psychiatrique	Chambre particulière (30 jours /An)		20 €
Hospitalisation Ambulatoire	Chambre particulière		10 €
Convalescence - Réadaptation - Soins de suite	Chambre particulière (90 jours /Hospitalisation)		25 €
Forfait journalier	Frais réels (sans limite)		100%
Accompagnement personne hospitalisée (1)	Pendant 10 jours		30€/jour
OPTIQUE			
Équipement optique (2)	Panier 100% santé (dans la limite des PLV)		Frais réels dont 30€ pour la monture
	Équipement simple		60% + 150€ dont 100€ pour la monture
	Équipement complexe		60% + 200€ dont 100€ pour la monture
	Équipement très complexe		60% + 200€ dont 100€ pour la monture
Prestations d'adaptation et d'appairage			Classe A : Frais réels dans la limite des PLV / Classe B : 5€
DENTAIRE			
Soins et prothèses (3)	Panier 100% santé (dans la limite des PLV)		Frais réels
Consultations et soins dentaires (3)			100% BR
Prothèses dentaires (3)			200% BR
Implant - Parodontologie	Forfait Annuel		350 €
AIDES AUDITIVES			
Prothèses Auditives (4)	Panier 100% santé (dans la limite des PLV)		Frais réels
	Classe II		100% BR + 300€ /Appareil
PRÉVENTION			
Forfait Bien-Être : Ostéopathie - Ethiopathie - Pédicure - Réflexologie - Acupuncture - Psychanalyse - Diététicien - Nutritionniste...	3 séances à 12€/An		36 €
AVANTAGES			
Aide Exceptionnelle	Demande écrite à faire (sous certaines conditions)		OUI
Assistance R.M.A.	**N° 0 969 322 157**		

Les forfaits annuels sont versés par année civile

OPTAM : (ex contrat Accès aux Soins) Option Pratique Tarifaire Maîtrisée fournir une facture détaillée et acquittée

OPTAM CO : (ex contrat Accès aux Soins) Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique fournir une facture détaillée et acquittée

OPTAM et OPTAM CO est un engagement pris par le médecin pour limiter ses dépassements d'honoraires. La prise en charge des dépassements d'honoraires est minorée d'un montant égal à 20% de la Base de Remboursement du Régime Obligatoire pour les médecins n'ayant pas adhéré à OPTAM et OPTAM CO

(1) L'Accompagnant doit être membre de la mutuelle

(2) Un équipement optique tous les 2 ans sauf en cas d'évolution de la vue. Le délai de renouvellement s'entend à date de délivrance ou facturation d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) et également en cas de renouvellement séparé des éléments de l'équipement.

(3) Avec un plafond de 1 500 € par année civile et par bénéficiaire - devis dentaires sont valables 6 Mois

(4) Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

BR : Base de remboursement Sécurité Sociale

PLV: Prix limite de vente

Panier 100% santé: Prise en charge à hauteur des frais exposés dans la limite des prix limites de vente fixés, en optique, dentaire, aides auditives.

Siège social : 12, rue Beausoleil - 44116 VIEILLEVIGNE
Tél. 02 40 26 52 40 - contact@lesmutuellesligeriennes.com
Site Internet : www.lesmutuellesligeriennes.com

Mutuelle N° 313 309 080 soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - SIRET 313 309 080 00023

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance
Compagnie : Les Mutuelles Ligériennes
soumises aux dispositions du livre II du code de la Mutualité
Numéro d'agrément 313309080
Produit : GENERATION

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 des garanties.

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 et solidaires.

Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau des garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

✓ **Hospitalisation** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier

✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : consultation spécialistes, examens médicaux, auxiliaires médicaux, transports

✓ **Frais optiques** : lunettes (monture et verres)

✓ **Frais dentaires** : consultation, soins dentaires, prothèses dentaires

✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : audioprothèses, prothèses et orthèses

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Forfait médical pour actes coûteux
Chambre particulière - frais accompagnant adulte
Implants dentaires et parodontologie
Forfait bien-être
Forfait ostéodensitométrie
Supplément petit appareillage
Prestations du fonds social

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

✓ Aide-ménagère en cas d'hospitalisation de plus de 24 heures
✓ Conseils et informations médicales
✓ Prestations en cas d'immobilisation imprévue au domicile
✓ Prestations en cas de traitement anticancéreux
✓ Prestations et blessures d'un enfant bénéficiaire
✓ Prestations d'assistance à l'étranger

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

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.

× 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 sera 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 transports.

! 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 à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.

! **Dentaire** : prise en charge limitée au plafond annuel.

! **Appareillage auditif** : remboursement limité à 1 appareil tous les 4 ans par oreille.

! **Bien-être** : nombre de séances limité par un plafond annuel et par bénéficiaire selon les garanties

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

Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par la mutuelle.
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle.
- Régler la cotisation indiquée au contrat.

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 des soins de votre sécurité sociale.
- Informer la mutuelle des évènements suivants dans les quinze jours qui suivent la connaissance qu'il a de l'un de ces événements :
  - 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.
  - Changement de profession : dans ce cas, l'assuré doit fournir à la mutuelle les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.

Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée dans le contrat.

Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (semestriel, trimestriel, mensuel).

Les paiements peuvent être effectués par prélèvement automatique, virement, chèque ou espèces.

Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et indiquée sur le certificat d'adhésion. En cas de contrat conclu à distance, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).

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 dans les cas et conditions fixés au contrat.

Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à la date d'échéance principale du contrat, en nous adressant une lettre recommandée au moins deux mois avant cette date.
- en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis.
- en cas de révision des cotisations, en nous adressant une lettre recommandée dans les 20 jours qui suivent la date de notification de la modification (loi Châtel).
- Après 12 mois d'ancienneté, en nous adressant une notification moyennant un préavis de 1 mois.

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle par tacite reconduction à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.