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

GARANTIE TONUS (Responsable et Solidaire) ANNÉE 2024

NATURE DES ACTES (Base de remboursement du Régime obligatoire Sécurité Sociale incluse)			
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux (Consultations Généralistes)		100% BR	
Honoraires médicaux (Consultationst Spécialistes, Actes techniques médicaux)	Dépassement (Optam/Optam Co)	130% BR	
	Dépassement (NON Optam/Optam Co)	110% BR	
Honoraires paramédicaux (infirmier, podologue, kinésithérapeute, orthophoniste...)		100% BR	
Analyses et examens de laboratoire		100% BR	
Analyses et examens de laboratoire refusés par le RO (5)		20% de la dépense	
Échographie - Imagerie médicale	Dépassement (Optam/Optam Co)	120% BR	
	Dépassement (NON Optam/Optam Co)	100% BR	
Médicaments		100% BR	
Ostéodensitométrie	Forfait Annuel	100% BR + 18€/An	
Matériel médical	Petit appareillage et orthèse	160% BR	
HOSPITALISATION			
Hospitalisation et Forfait médical		100% BR	
Hospitalisation chirurgicale ou médicale	Chambre particulière (sans limite)	42 €	
Actes techniques médicaux, de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique	Dépassement (Optam/Optam Co)	130% BR	
	Dépassement (NON Optam/Optam Co)	110% 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 /Hospit.)	27 €	
Forfait journalier	Frais réels	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% BR + 250€ dont 100€ pour la monture	
	Équipement complexe	60% BR + 300€ dont 100€ pour la monture	
	Équipement très complexe	60% BR + 300€ dont 100€ pour la monture	
Prestations d'adaptation et d'appairage		Classe A : Frais réels dans la limite des PLV	Classe B: 100% BR
Optique Lentilles	Forfait Annuel	0% ou 60% BR + 150 €	
Chirurgie réfractive	Forfait Annuel par œil	250 €	
DENTAIRE (3)			
Soins et prothèses (3)	Panier 100% santé (dans la limite des PLV)	Frais réels	
Soins (3)	Panier "Tarifs maîtrisés"	100% BR	
	Panier "Tarifs libres"	100% BR	
Prothèses dentaires (3)	Panier "Tarifs maîtrisés"	200% BR	
	Panier "Tarifs libres"	200% BR	
Implant - Parodontologie - Orthodontie refusée par le RO	Forfait Annuel	350 €	
Orthodontie acceptée par le RO		200% BR	
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 - Etiopathie - Pédicure - Réflexologie - Acupuncture - Psychanalyse - Diététicien - Nutritionniste...	3 séances à 20€/An	60 €	
Forfait médicaments à ingérer non remboursables par le RO (5)	Présentation d'un justificatif détaillé	100€/An	
Vaccin Anti-Grippe	Présentation d'un justificatif	OUI	
Forfait contraceptif et Sevrage tabagique	Présentation d'un justificatif	50€/An/Forfait	
Cures thermales	Forfait Annuel	100% BR + 50€ /An	
AVANTAGES			
Aide Exceptionnelle	Demande écrite à faire	sous certaines conditions	OUI
Allocation Naissance & Adoption Gratuité du mois de naissance	Forfait par Enfant Présentation d'un justificatif détaillé	120 €	
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 pour les enfants de - 16 ans et 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 - les 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. Pour les moins de 20 ans et personnes atteintes de cécité, la prise en charge est limitée au plafond règlementaire de 1700€.

(5) RO : Régime obligatoire (Sécurité sociale, MSA, RSI...) sont exclus les médicaments assujetis à la TVA à 20% et ceux listés sur demande

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 : TONUS

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 et maternité** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier

✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : consultations, visites médecins généralistes et spécialistes, examens médicaux, auxiliaires médicaux, transports, pharmacie à service médical rendu (SMR) élevé, modéré et faible (remboursé à 65% - 30% - 15% par la Sécurité sociale)

✓ **Frais optiques** : lunettes (monture et verres), lentilles de contact

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

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

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Forfait médical pour actes coûteux
Chambre particulière - frais accompagnant adulte et enfant
Implants dentaires et parodontologie
Chirurgie réfractive
Forfait contraceptif - forfait sevrage tabagique
Forfait bien-être - cure
Forfait ostéodensitométrie
Supplément petit appareillage
Médicaments non remboursés par la sécurité sociale
Vaccin anti grippe
Prestations du fonds social - prime naissance ou adoption

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

✓ Aide à domicile en cas d'hospitalisation de plus de 24 heures

✓ Conseil et informations médicales

✓ Prestations en cas d'immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours ou prévue de plus de 10 jours

✓ Prestations en cas de traitement anticancéreux

✓ Prestations en cas de maladie ou blessure d'un enfant bénéficiaire

✓ Prise en charge des frais médicaux 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 journaliser 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 boites de médicaments, actes paramédicaux et transport.

! 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

! **Prestations non prises en charge pendant la période de stage** : 2 mois si plus de 30 ans et 4 mois si plus de 60 ans sans certificat de radiation (sauf soins courants).

! **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 par tacite reconduction chaque 1er janvier, 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 chaque 1er janvier, sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.