

Concepteur et Compagnie : Mutuelle le Télégramme
Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité
Produit : MLT Séniors

Ce document d'information vous présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit et 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 de garanties.

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

Le produit MLT Séniors est une assurance complémentaire santé destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas de maladie, de maternité ou d'accident et intervient en complément de la Sécurité sociale française. Ce produit d'assurance respecte les conditions légales pour être qualifié de contrat responsable.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations ne peuvent être plus élevés que les dépenses réelles engagées. **Ils varient en fonction du niveau de garantie choisi et figurent dans le tableau de prestations. Ainsi, suivant les cas, ils peuvent couvrir totalement ou partiellement le reste à charge pour l'assuré.**

Les garanties de base pour l'ensemble des niveaux sont les suivantes :

- ✓ **Hospitalisation médicale, chirurgicale, maternité et à domicile**
Honoraires, frais de séjour hospitalier ; chambre particulière ; lit accompagnant enfant de moins de 15 ans ; forfait journalier.
- ✓ **Frais médicaux courants**
Consultations et visites ; auxiliaires médicaux ; analyses ; actes techniques médicaux.
- ✓ **Transport pris en charge par le régime de base**
- ✓ **Pharmacie**
Médicaments prescrits et pris en charge par le régime de base.
- ✓ **Appareillages**
Pansement et accessoires ; petit et grand appareillage ; prothèse auditive, mammaire et capillaire.
- ✓ **Frais optiques**
Lunettes adulte et enfant, lentilles prescrites et prises en charge ou non par le régime de base (y compris lentilles jetables), opération laser.
- ✓ **Frais dentaires**
Consultation dentaire ; soins conservateurs ; prothèse fixe métallique ou céramique ; prothèse fixe céramique dents du sourire ; prothèse amovible résine ou métallique ; prothèse transitoire ; réparations sur prothèse prise en charge ou non par le régime de base ; implant dentaire ; couronne sur implant ; Inlay-core/inlay-onlay ; orthodontie prise en charge par le régime de base ; orthodontie ou parodontologie non prises en charge par le régime de base.
- ✓ **Cure thermique**
Forfait établissement thermal.
- ✓ **Actes de prévention**
Actes pris en charge par le régime de base ; ostéodensitométrie prise en charge ou non par le régime de base ; détartrage annuel complet.
- ✓ **Médecines non conventionnelles**
- ✓ **Assistance vie quotidienne**

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 séjours qui sont en cours à la date d'adhésion, dans tous types d'établissements.
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - dans les établissements et services sociaux,
 - dans les établissements médico-sociaux et médico-pédagogiques,
 - dans les établissements ou unités de longs séjours,
 - dans les établissements ou unités pour personnes âgées.
- ✗ La chirurgie esthétique et les actes esthétiques non pris en charge par le régime de base.
- ✗ Les actes cotés hors nomenclature sauf mention contraire prévue dans le descriptif des prestations.



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

Les principales exclusions du contrat responsable sont les suivantes :

- ! La participation forfaitaire de 1,00€ et les franchises sur les médicaments, actes paramédicaux et transports.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires relatifs aux actes réalisés 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.

Les principales restrictions sont les suivantes :

- ! **Chambre particulière** : prise en charge limitée à 75 jours par assuré et par an
- ! **Optique** :
 - Prise en charge limitée à un équipement tous les deux ans, réduite à un an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.
 - Remboursement de la monture adulte limité à 150,00€ par équipement.
- ! **Dentaire**
 - L'orthodontie est prise en charge par le régime de base pour les mineurs de moins de 16 ans.
- ! **Médecines non conventionnelles** : prise en charge limitée à 3 séances par an et par bénéficiaire.
- ! **Séjours à l'étranger** : les remboursements de soins à l'étranger se font à hauteur du ticket modérateur uniquement pour les actes pris en charge par la sécurité sociale française lors de séjours n'excédant pas 3 mois par an.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France métropolitaine (**hors Monaco**).
- ✓ Dans les départements de la Martinique, de la Guadeloupe, de la Réunion, et de la Guyane (**à l'exclusion de Mayotte**), à Saint-Martin (**territoire français**) ou à Saint-Barthélemy.
- ✓ Dans le monde entier lors de séjours n'excédant pas une durée totale de trois mois par an (en un ou plusieurs séjours). Les soins effectués à l'étranger ne seront remboursés qu'à condition d'être pris en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire français.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non-garantie, l'assuré doit :

- **À la souscription du contrat**
 - Compléter, dater et signer un bulletin d'adhésion indiquant le niveau de garantie choisi et les éventuels ayants-droit à garantir.
 - Être affilié à l'un des régimes de base de la sécurité sociale française.
 - Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.
- **En cours de contrat**
 - Signaler tout changement dans la situation d'un bénéficiaire des prestations, par écrit, dans le mois qui suit la connaissance que l'assuré a de l'un des événements suivants : changement de situation familiale sur justificatif, changement d'adresse, changement du régime de base, changement de compte bancaire débité.
 - Régler la cotisation annuelle (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.
- **En cas de sinistre**
 - Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date prévue par le contrat.

Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix de l'assuré (semestriel, trimestriel ou mensuel).

Le paiement peut être effectué par chèque ou par prélèvement bancaire.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture commence à la date indiquée sur le certificat d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la réception au siège d'Alptis Assurance (gestionnaire du contrat), du bulletin d'adhésion,

L'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours pour renoncer à son adhésion à compter de la date d'émission de son certificat d'adhésion.

Le contrat est conclu pour l'année civile en cours et se renouvelle par tacite reconduction d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'un des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Il est possible de résilier le contrat en adressant une lettre recommandée à Alptis assurances – 25, cours Albert Thomas – 69003 LYON :

- à la date d'échéance principale du contrat, fixée au 31 décembre de chaque année, au moins deux mois avant cette date ;
- à la suite d'une modification du contrat d'assurance, dans un délai de 30 jours à compter de la communication de cette information à l'assuré ;
- en cas de révision des cotisations, dans un délai de 30 jours à compter de la communication de cette information à l'assuré.