

Assurance Frais de santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : IRCEM MUTUELLE, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité. Inscrite en France au répertoire SIRENE sous le n° 438 301 186 située au 261, avenue des Nations-Unies B.P. 593 - 59060 Roubaix cedex 1.
Produit : GARANTIE SANTE SENIOR

Le présent document constitue un résumé des principales garanties et exclusions du produit « Garantie Santé Senior ». Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Des informations précontractuelles et contractuelles complètes sur le produit « Garantie Santé Senior » sont fournies dans le Règlement Mutualiste, qui précise les différentes garanties ainsi que les conditions de mise en œuvre, et le Certificat d'Adhésion qui précise vos choix. Les niveaux de remboursement sont détaillés dans le tableau de garanties, ils varient suivant le niveau de garanties choisi et mentionné au Certificat d'Adhésion (Essentiel, Economique, Renforcé ou Confort).

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

« Garantie Santé Senior » est un contrat d'assurance individuel dont l'objet est de rembourser tout ou partie des frais de santé engagés en cas d'accident, de maladie, en complément des remboursements de la Sécurité sociale française.

A noter qu'il peut subsister un reste à charge pour l'assuré après intervention de la complémentaire santé



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les actes pris en charge par la Sécurité sociale, ainsi que ceux indiqués, ci-dessous, par un astérisque à hauteur de la formule souscrite.

Les prestations sont soumises à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie souscrit et une somme peut rester à charge.

Garanties accordées :

✓ SOINS COURANTS

Consultations - Visites généralistes / spécialistes.

Auxiliaires Médicaux, analyses médicales.

Actes de spécialité, imagerie médicale.

Pharmacie : Médicaments

✓ OPTIQUE

Equipements 100% santé.

Montures et verres unifocaux, multifocaux ou progressifs.

Équipement hors 100% santé en fonction du niveau de couverture choisi (cf. tableau des niveaux de garanties).

Accès au réseau de soins optique.

✓ DENTAIRE

Soins et prothèses 100% santé.

Soins et prothèses hors 100% santé en fonction du niveau de couverture choisi (cf. tableau des niveaux de garanties).

✓ HOSPITALISATION

Soins, actes, honoraires hospitaliers, frais de séjour, soins externes, séjour en maison de repos, forfait journalier hospitalier (Frais Réels).

Transport.

✓ AIDES AUDITIVES

Équipements 100% santé (classe1).

Équipements hors 100% santé (classe2) en fonction du niveau de couverture choisi (cf. tableau des garanties).

✓ PROTHÈSES

Prothèses (acceptées par la S.S., autres que prothèse dentaire) Accès au réseau de soins en audioprothèse.

✓ BIEN-ÊTRE ET PRÉVENTIONS

Cures thermales acceptées S.S. (traitement).

Prestations de prévention remboursables S.S.

Vaccins non remboursés S.S.*.

PASS SANTÉ

1 bilan de santé pour les retraités dès 60 ans tous les 5 ans.

1 séance de médecine douce /an sans avance de frais.

Garanties complémentaires (en fonction de la formule souscrite) :

OPTIQUE

Lentilles non remboursées S.S.*.

DENTAIRE

Prothèses dentaires refusées S.S.*.

HOSPITALISATION

Chambre particulière, lit accompagnant adulte.

PROTHESES

Prothèse auditive et autres prothèses (appareillage, orthopédie...).

BIEN-ÊTRE ET PREVENTION

Cures thermales : frais refusés S.S.*, pédicure / Podologue *, médecines douces* (homéopathie, acupuncture, ostéopathie, diététicien).

Bonus fidélité (médecines douces) tous les 3 ans.

Services mis à disposition, quelle que soit la formule souscrite :

Action sociale.

Services Santé et Bien-être.

Prestations d'assistance.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins non pris en charge par la Sécurité sociale, sauf stipulation contraire prévue par le règlement.
- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les éventuels suppléments pour confort personnel en cas d'hospitalisation (téléphone, télévision, etc.).



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

Nos garanties sont en conformité avec les exigences posées par l'article L 871-1 du code de la Sécurité sociale relatif aux « contrats responsables et solidaires » et les décrets pris pour son application, et s'inscrivent dans le respect du parcours de soins coordonnés.

Nos garanties ne prennent pas en charge :

- ! la contribution forfaitaire prélevée par l'Assurance Maladie Obligatoire (actuellement fixée à 1 euro) sur les actes et consultations des médecins et sur les actes de biologie médicale ;
- ! les franchises applicables, laissées à la charge de l'assuré, sur les médicaments, les actes paramédicaux (sauf effectués lors d'une hospitalisation) et sur les frais de transport sanitaires ;
- ! la baisse du remboursement de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins ou de refus du patient d'accorder l'accès à son dossier médical personnel ;
- ! la part forfaitaire du dépassement d'honoraires des spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant.

Votre contrat comporte par ailleurs certaines restrictions en respect de la réglementation liée aux contrats responsables et solidaires.

- ! Pour l'optique : prise en charge d'un équipement optique (monture et 2 verres) tous les 2 ans à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue. Le coût de la monture dépend du niveau de couverture choisi. Il ne peut excéder 100 € (cf. tableau des niveaux de garanties).
- ! Pour les dépassements d'honoraires des médecins : dès lors que votre contrat prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires, les taux de prise en charge indiqués aux tableaux de garanties sont minorés de 20 % et plafonnés à 200% lorsque le médecin n'a pas adhéré aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées.

Autres restrictions :

- ! Plafonnement des remboursements au montant des frais réellement engagés.
- ! Pour l'hospitalisation : prise en charge du forfait journalier et de la chambre particulière sans limite de durée, sauf pour les établissements médico-sociaux (maison de retraite à caractère médicalisé, maison d'accueil spécialisée, institut de rééducation et autres types d'établissements de longs séjours). Pour ces hospitalisations, la durée d'indemnisation est limitée à 90 jours non renouvelables par année civile et par bénéficiaire.



Où suis-je couvert(e)?

- ✓ Les garanties s'exercent dans le Monde entier, dès lors que l'assurance Maladie Obligatoire (AMO) intervient. Les services Santé et Bien-être sont délivrés en France métropolitaine.



Quelles sont mes obligations?

• A la souscription du contrat

- Être âgé de plus de 60 ans et retraité.
- Être salarié cotisant à l'IRCEM Retraite ou bénéficiaire d'une pension de retraite complémentaire par IRCEM Retraite ou particulier employeur ainsi que son conjoint, son concubin ou son partenaire lié par un PACS, ainsi que les enfants et petits-enfants dans certains cas.
- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription.
- Fournir tous les documents justificatifs demandés.

• En cours de contrat

- Régler la cotisation conformément aux dispositions prévues au contrat (montant et échéances).
- Fournir à IRCEM Mutuelle toutes pièces et documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'IRCEM Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale.
- Informer l'IRCEM Mutuelle d'un changement de situation, par lettre recommandée, dans les quinze jours qui suivent la connaissance de l'un de ces événements : changement d'adresse, modification de la composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité, changement de profession.



Quand et comment effectuer les paiements?

Les cotisations sont payables d'avance, aux échéances prévues au contrat, mensuellement.
Les cotisations sont payables par prélèvement automatique suivant les modalités prévues au contrat.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Début de la couverture

La couverture de l'assuré débute au plus tôt à la date mentionnée sur le bulletin d'adhésion. Cette date doit être obligatoirement postérieure à la date de réception du dossier complet d'adhésion.

Les frais de santé engagés sont alors couverts dans la limite des garanties souscrites à compter de cette date d'effet, sous réserve de l'application éventuelle d'un délai de carence. Si vous n'avez pas de mutuelle ou si les postes de dépenses ci-dessous n'étaient pas prévus dans votre ancien contrat un délai d'attente de 3 mois sera appliqué pour :

- la chambre particulière (en cas de maladie),
- les forfaits optiques, les remboursements de prothèses dentaires et autres prothèses,

La couverture de l'assuré se renouvelle chaque 1er janvier par tacite reconduction sauf résiliation par l'une des parties dans les cas prévus au contrat.

Droit de renonciation

L'assuré peut renoncer à son affiliation par lettre recommandée avec accusé de réception pendant un délai de 30 jours calendaires révolus qui suivent le premier paiement de sa cotisation.

Fin de la couverture

La couverture de l'assuré prend fin à la date d'effet de la résiliation du contrat qu'elle soit à l'initiative de l'assuré ou de l'IRCEM Mutuelle (en cas de non-paiement des cotisations).



Comment puis-je résilier le contrat ?

La résiliation peut être notifiée par lettre simple ou tout autre support durable, déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur, acte extrajudiciaire, communication à distance lorsque l'organisme le propose pour la souscription ou tout autre moyen prévu par le contrat ou le règlement. Nous vous invitons à l'adresser à notre Centre de gestion des frais de santé : Centre de Gestion Santé IRCEM CS 50155 - 13395 MARSEILLE Cedex 10

Résiliation à l'échéance :

La résiliation du contrat s'effectue par notification à IRCEM Mutuelle au moins 2 mois avant la date d'échéance (avant le 31 octobre). Le cachet de la poste fait foi du respect du délai de préavis.

Résiliation à tout moment :

À l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités. La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification par IRCEM Mutuelle.

Résiliation en cas de survenance d'un événement particulier :

En cas de changement de domicile, de changement de situation matrimoniale, de changement de régime matrimonial, de changement de profession, de retraite professionnelle ou de cessation définitive d'activité professionnelle, si les risques garantis sont en relation directe avec la situation antérieure et ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle. Cette résiliation peut intervenir dans les 3 mois suivant l'évènement et prend effet un mois après sa notification.

Résiliation en cas d'augmentation annuelle supérieure à la variation de l'indice :

Les cotisations peuvent évoluer à chaque échéance principale en fonction de l'évolution du taux d'accroissement des dépenses de santé, publié par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, et de la structure de nos remboursements, de la dégradation des résultats techniques, de l'évolution du plafond mensuel de la Sécurité sociale. Si la cotisation venait à augmenter dans une proportion supérieure à cette évolution, vous pourriez résilier votre contrat.

Informations relatives aux frais de gestion au titre de la garantie santé pour 2020:

1) Ratio Prestations versées / Cotisations encaissées : 72,5 %

Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

2) Ratio Frais de gestion / Cotisations encaissées : 11,1 %

Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion. Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

INFORMATIONS PRATIQUES SUR VOTRE CONTRAT « SANTÉ »

VOS REMBOURSEMENTS

Comment vous faire rembourser ?

Grâce au système Noémie, vos décomptes nous sont télétransmis directement par votre Centre de Sécurité sociale et nous vous remboursons directement sur votre compte (sous réserve d'être affilié au régime général de Sécurité sociale ou au régime Alsace Moselle).

Si vous êtes immatriculé auprès d'un régime de Sécurité sociale spécifique, vous devrez nous adresser l'original du décompte de la Sécurité sociale (les photocopies ou duplicatas ne seront pas acceptés) pour être remboursé.

Dans les cas où vous auriez dû effectuer une avance de frais, vous devrez nous adresser vos factures acquittées, reçus ou justificatifs originaux.

Comment suivre vos remboursements ?

En l'absence de tiers payant, vos remboursements seront effectués directement sur votre compte bancaire. Vous recevrez, tous les trimestres, un relevé de vos remboursements complémentaires par courrier.

Ces informations sont également disponibles en temps réel, 24H/24, 7J/7 sur votre « espace adhérent santé » de notre site www.ircem.com. Dès lors que votre contrat prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires, les taux de prise en charge indiqués aux tableaux de garanties sont minorés de 20 % et plafonnés à 200% lorsque le médecin n'est pas signataire des dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées.

VOTRE SERVICE DE TIERS PAYANT

Avec votre contrat santé vous évitez l'avance de frais auprès de nombreux professionnels de santé grâce à votre carte Mutualiste

de TIERS PAYANT ISanté*. Cette carte vous est adressée lors de l'enregistrement de votre dossier d'adhésion.

Comment utiliser votre carte ?

➤ Vous serez dispensé de l'avance des frais, pour les actes qui sont mentionnés sur votre carte, auprès de nombreux professionnels de santé répartis dans toute la France*.

➤ Vous devez la présenter systématiquement à votre pharmacien pour bénéficier d'un remboursement automatique. En cas de constitution d'un dossier d'admission à l'hôpital, vous devrez simplement remettre une copie de votre carte à l'établissement hospitalier concerné.

(*) La liste des professionnels de santé qui pratiquent le tiers payant, et qui ont signé une convention avec notre partenaire ISanté, est disponible sur votre « espace adhérent santé ».

VOS SERVICES EN LIGNE

Pour accélérer nos échanges ainsi que votre accès à l'information et à vos services, nous mettons à votre disposition un « espace adhérent santé » accessible depuis notre site www.ircem.com.

Depuis cet espace, vous pourrez :

➤ Accéder en temps réel à vos remboursements et être alerté par e-mail de chaque nouveau paiement.

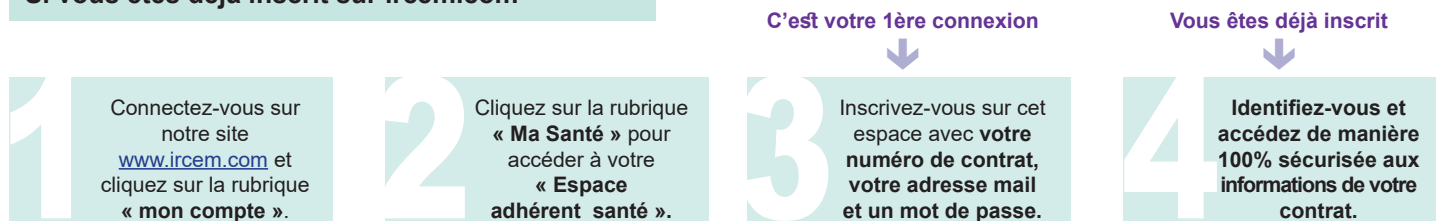
- Accéder aux informations sur votre contrat et sur les services inclus.
- Effectuer certaines démarches en ligne concernant votre contrat (demande de mise à jour de vos coordonnées, de modifications concernant votre contrat etc.).
- Localiser les professionnels et établissements de santé, proches de chez vous, avec lesquels vous pourrez bénéficier de votre tiers payant.

COMMENT ACCEDER A VOTRE ESPACE ADHERENT SANTE ?

Si vous n'êtes pas encore inscrit sur ircem.com



Si vous êtes déjà inscrit sur ircem.com



LES SERVICES INCLUS DANS VOTRE CONTRAT

Des prestations d'assistance :

En cas d'accident ou de maladie votre contrat prévoit de nombreuses prestations d'assistance.

Le détail de ces prestations ainsi que les coordonnées d'accès sont disponibles dans le règlement mutualiste de votre Garantie (mis à votre disposition lors de votre souscription).

Les services VIVONS BIEN VIVONS MIEUX :

Ces services santé et bien-être sont une exclusivité Ircem Mutuelle (sous réserve qu'ils soient inclus dans votre contrat). Tous les détails concernant ces services sont disponibles dans votre règlement mutualiste ainsi que sur le site :

www.vivonsbienvivonsmieux.fr. Vos codes d'accès aux services personnels vous ont été remis avec votre Certificat d'Adhésion.

Les services EGARESO :

Votre contrat inclut un réseau de soins optique « Kalixia Optique », ainsi qu'un réseau de soins en audioprothèse « Kalixia Audio ». Ces réseaux favorisent l'accès à des équipements de qualité, avec une véritable maîtrise du reste à charge, voire sans reste à charge pour de nombreux équipements d'optique. Ils vous

permettent de bénéficier de conseils personnalisés pour le choix d'un équipement adapté à vos besoins ainsi que du tiers payant auprès de nos opticiens / audioprothésistes partenaires. De même lors de votre adhésion vous bénéficiez du service d'analyse de devis EGARESO, vous pouvez accéder à ce service en optique et aide auditive ainsi qu'à une estimation de vos remboursements avant d'engager une dépense de santé.

Pour accéder aux services et informations EGARESO, rendez-vous sur www.egareso.fr, ou bien directement chez votre professionnel de santé qui se connectera sur les outils mis à sa disposition.

Pour le traitement de vos devis contactez votre Centre de Gestion Santé par courrier, téléphone ou internet dont les coordonnées figurent au bas de ce document.

Le Fonds Social Ircem Mutuelle :

En tant qu'adhérent, vous pouvez également bénéficier de l'Action Sociale Ircem Mutuelle.

Pour plus de détails, **rendez-vous sur www.ircem.com** « rubrique Action Sociale ».

Pour contacter votre centre de gestion santé



Par courrier :

Centre de Gestion Santé IRCM
CS 50155
13395 MARSEILLE Cedex 10



Par téléphone :

Du lundi au vendredi
De 8h30 à 18h

04 91 32 20 40



Par internet :

Rendez-vous sur votre espace Adhérent Santé ircem.com « **rubrique contact** » ou envoyez un mail à : ircem.sante@igestion-gd.fr

MISE EN CONFORMITE DES GARANTIES DE VOTRE CONTRAT S'IL A ETE SOUSCRIT AVANT LE 01/01/2020

Votre contrat santé est un contrat dit « responsable et solidaire », conformément à l'article L 871-1 du code de la Sécurité sociale. A ce titre, il bénéficie d'une taxation réduite. En contrepartie, il doit respecter un certain nombre d'obligations et d'interdictions.

Pour continuer à bénéficier de cette taxation réduite, les contrats santé responsables doivent, dès le 01/01/2020 se conformer au décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un

accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires, au sein de paniers de soins dits « 100% santé »

L'évolution du cahier des charges relatif aux contrats responsables impose également de revoir le plafond de prise en charge maximal de la monture pour les équipements ne concernant pas le panier de soins « 100% santé »

Le panier de soins 100% Santé au 01.01.2021

Pour les frais d'optique :

Quel que soit votre niveau de garanties, votre contrat prendra en charge les frais réels pour les équipements de Classe A, les prestations (adaptation et appairage) et suppléments pour les verres avec filtre de classe A, dans la limite des prix de vente fixés par la liste des produits et prestations (LPP) mentionnée à l'article L 165-1 du code de la Sécurité sociale.

Les montures n'entrant pas dans le cadre du panier de soins 100% santé sont prises en charge à hauteur maximal de 100€, selon les garanties de votre contrat.

Si vous détenez un contrat Garantie Santé (sur le niveau 2 ou le niveau 3) ou un contrat Garantie Santé Senior (sur le niveau économique ou le niveau confort) le niveau de prise en charge des verres a été majoré.

Soins et prothèses Dentaires :

Quel que soit votre niveau de garanties, votre contrat prendra en charge, les frais réels pour les soins prothétiques dentaires à prise en charge renforcée définis par arrêté, dans la limite des

honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale signée entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie.

Aides auditives :

Quel que soit votre niveau de garanties, votre contrat prendra en charge les frais réels dans la limite des prix de vente des aides auditives de classe I fixés par la liste des produits et prestations (LPP) mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.

A compter du 1^{er} janvier 2021, votre contrat respectera donc ces nouvelles obligations, sauf résiliation de votre part dans les conditions et délais prévus à l'article « Résiliation » du Règlement Mutualiste de votre Garantie.

Le tableau détaillant vos garanties sera joint à l'envoi de votre échéancier 2021. **Le règlement mutualiste de votre contrat est actualisé en conséquence. Il est disponible dans votre Espace adhérent santé mais aussi sur le site www.ircem-mutuelle.com, rubrique « Informations pratiques / Fiches et guides pratiques ».**