

ESPACE CONSEIL ■ **SANTÉ** **SPÉCIAL SENIORS**



Frais de Santé : Seniors / Retraités

www.espace-conseil.com

ESPACE CONSEIL ■ a créé une complémentaire santé dont les salariés peuvent bénéficier lors de **leur départ** de leur entreprise, et ce à des conditions des plus avantageuses.

Il s'agit d'un **avantage** pour les salariés sans coût pour l'entreprise via 4 options au choix dont les documents de souscription sont accessibles sur le site www.espace-conseil.com à la rubrique Santé Seniors.

Présenté par

ESPACE CONSEIL ■
Une autre idée de l'assurance

SPECIAL SENIORS

ESPACE CONSEIL ■
Une autre idée de l'assurance

Souscription lors du départ de l'entreprise :

**Retraités, Licenciés, Salariés en invalidité,
 Ayants droits de salarié décédés**



Aujourd'hui, les entreprises souhaitent motiver leurs salariés en les accompagnant après leur départ de l'entreprise :

- **Quelle mutuelle pour les salariés après leur départ de l'entreprise ?**
- **Comment accorder cet avantage sans charge supplémentaire ni engagement de l'employeur ?**

Avec « SPECIAL SENIORS », leurs garanties sont prolongées, **après leur départ** en pré-retraite, en retraite et, le cas échéant, après un licenciement.

Les avantages pour l'entreprise :

➤ **Prolongement de sa politique sociale**

Par l'intermédiaire de « SPECIAL SENIORS » l'employeur rassure ses salariés sur l'avenir de leur protection sociale, lorsqu'ils partent à la retraite, en pré-retraite ou lorsqu'ils sont licenciés.

➤ **Prolongement de sa mutuelle d'entreprise :**

Cette Mutuelle d'Accueil prend le relais de la mutuelle couvrant les salariés actifs, et répond ainsi à l'obligation de proposer une garantie de complémentaire santé lors du départ de ses salariés.

➤ **Simplicité et gratuité pour l'entreprise :**

Le partenaire gestionnaire d'ESPACE CONSEIL - MIEL MUTUELLE - se charge des adhésions des ex salariés, et de la gestion de leur mutuelle, sans qu'aucun frais soit demandé à l'entreprise.

Les avantages pour le salarié :

➤ **Contrat Solidaire et Responsable :**

Le salarié adhère à « SPECIAL SENIORS » sans questionnaire médical ni délais d'attente, dès son départ de l'entreprise.

➤ **Des cotisations de groupe :**

Bien que l'adhésion soit facultative, l'ancien salarié bénéficie d'une cotisation négociée dans le cadre d'un groupe.

➤ **Des services aussi évolués que pour les actifs :**

L'adhérent à « SPECIAL SENIORS » bénéficie des mêmes services que les actifs : notamment les tiers payants étendus avec 60 000 professionnels de santé, l'assistance des partenaires...

COTISATIONS mensuelles au 1^{er} janvier 2010



	SENIORS 1	SENIORS 2	SENIORS 3	SENIORS 4
<i>Forme de cotisation</i>	<i>Prime en euros</i>	<i>Prime en Euros</i>	<i>Prime en euros</i>	<i>Prime en Euros</i>
▪ Enfant *	21,64 €	26,25 €	32,31 €	39,24 €
▪ Adulte Retraité	64,62 €	77,32 €	95,49 €	117,42 €
▪ Adulte "Autre Sortant"	52,80 €	62,89 €	77,61 €	95,49 €

*Gratuité au 3^{ème} enfant et suivants

Dans l'état actuel de la réglementation Sécurité Sociale - Cotisations au 1^{er} janvier 2010, exprimées en pourcentage du PMSS.

VOS PRESTATIONS "SPECIAL SENIORS"

Y compris remboursements de la Sécurité Sociale	SENIORS 1	SENIORS 2	SENIORS 3	SENIORS 4
MODULE "AMBULATOIRE"				
GENERALISTES (consultations, visites)	100% BR	100% BR	170% BR	270% BR
SPECIALISTES (consultations, visites)	120% BR	120% BR	220% BR	320% BR
Petite chirurgie	100% BR	100% BR	170% BR	270% BR
Analyses et travaux de laboratoires	100% BR	100% BR	160% BR	260% BR
Radiologie	100% BR	100% BR	170% BR	270% BR
Auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR	160% BR	260% BR
PHARMACIE	100% TFR	100% TFR	100% TFR	100% TFR
Vaccins (forfait annuel)	30 euros	30 euros	35 euros	35 euros
Podologie (forfait annuel par bénéficiaire)	30 euros	30 euros	30 euros	30 euros
Prothèses médicales/auditives	65% BR + 100 euros	65% BR + 100 euros	65% BR + 150 euros	65% BR + 200 euros
Cures thermales acceptées SS	100% BR	100% BR + 50 euros	100% BR + 100 euros	100% BR + 150 euros
Densitométrie osseuse (forfait par bénéficiaire : tous les deux ans)	90 euros	90 euros	90 euros	90 euros
MEDECINE DOUCE par praticiens diplômés				
Ostéopathie, Chiropractie, Ethiopathie, Psychomotricité (forfait global sur le reste à charge, annuel par bénéficiaire, sur présentation de facture)	-		40 euros par séance, maximum 3 par an	40 euros par séance, maximum 3 par an
MODULE "DENTAIRE" (limité à 2 500 euros par an et par bénéficiaire)				
SOINS DENTAIRES	120% BR	170% BR	170% BR	220% BR
PROTHESES DENTAIRES prises en charge par la SS	170% BR	270% BR	370% BR	470% BR
Autres prothèses dentaires (sauf hors nomenclature)	100% BR reconstitué	200% BR reconstitué	300% BR reconstitué	400% BR reconstitué
PROTHESES DENTAIRES HORS NOMENCLATURE :	Plafond :	500 euros / an	900 euros / an	1 300 euros / an
- provisoire		30 euros	50 euros	70 euros
- sur dent saine		100 euros	200 euros	300 euros
- IMPLANTS dentaires		300 euros	600 euros	900 euros
Inlays/ Onlays/ Inlays Core		100 euros	200 euros	300 euros
Parodontologie		50 euros	100 euros	150 euros
Orthodontie acceptée	200% BR	300% BR	400% BR	500% BR
Orthodontie refusée	100% BR reconstitué	200% BR reconstitué	300% BR reconstitué	400% BR reconstitué
MODULE "OPTIQUE"				
MONTURE + VERRES (forfait annuel par bénéficiaire)	65% BR + 200 euros	65% BR + 250 euros	65% BR + 300 euros	65% BR + 350 euros
LENTILLES ACCEPTEES (forfait annuel par bénéficiaire)	65% BR + 150 euros	65% BR + 200 euros	65% BR + 250 euros	65% BR + 300 euros
LENTILLES REFUSEES (forfait annuel par bénéficiaire)	150 euros	200 euros	250 euros	300 euros
Opération Myopie	250 euros	300 euros	350 euros	400 euros
MODULE "HOSPITALISATION"				
Séjours Ets conventionnés ou non conventionnés	100% BR	200% BR	300% BR	Conv : 100% FR ; non conv : 90%FR
Honoraires médicaux et chirurgicaux	100% BR	200% BR	300% BR	400 % BR
Chambre particulière	30 euros	30 euros	50 euros	75 euros
Lit accompagnant enfant de moins de 16 ans	30 euros	30 euros	60 euros	60 euros
Ambulance prise en charge par la SS	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Ambulance non prise en charge par la SS	30 euros	30 euros	60 euros	60 euros
FORFAIT JOURNALIER	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Maison de repos, de santé spécialisée	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Maternité	100 euros	200 euros	300 euros	400 euros
ASSISTANCE Vie Quotidienne				

Dans le cadre de la loi portant réforme de l'assurance maladie (loi 2004-810 du 13/8/2004), la Sécurité Sociale laisse une franchise de 1 euro à la charge de l'assuré pour les consultations et visites, les analyses médicales, les radios et auxiliaires médicaux.

LEXIQUE

BR = Base de Remboursement de la Sécurité Sociale = base de calcul des prestations versées par la Sécurité sociale.

PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale, valant 2 773 euros en 2008.

Hors nomenclature = acte ne figurant pas sur la liste officielle des actes remboursés par la Sécurité Sociale.

FR = Frais réels

ADHESIONS

Qui peut adhérer ?

- **Le sociétaire,**
- **Son conjoint** non séparé de corps, salarié ou ayant droit, ou **le concubin** sous réserve de justificatif de vie commune,
- **Les ascendants** vivant sous le même toit et à charge au sens de l'article L373-3 du Code de la Sécurité Sociale,
- **Les enfants handicapés** à charge du sociétaire, sans limite d'âge et sur justificatif d'AAH à partir de 20 ans,
- **Les enfants à charge** du sociétaire :
 - Jusqu'au 31 décembre de leur 16^{ème} anniversaire dans tous les cas,
 - Couverts par le régime de Sécurité Sociale des étudiants (c'est-à-dire au plus tard jusqu'au 28 ans),
 - En apprentissage ou entrant dans le cadre des contrats d'insertion en alternance, jusqu'au terme de leur cursus, à condition qu'ils présentent chaque année un certificat attestant de leur situation,
 - Au chômage, jusqu'à leur 25^{ème} anniversaire, à condition qu'ils aient bénéficié du régime sans interruption autre que le Service National Volontaire.

Délai de stage : L'effet des garanties est **immédiat** :

- Si le salarié s'inscrit dans les **trois mois du départ de l'entreprise,**
- **Ultérieurement sur présentation d'un certificat de radiation** d'une précédente mutuelle d'un niveau équivalent (datant de moins d'un mois),
- Pour l'inscription des enfants du sociétaire, dans le délai de 2 mois suivant leur naissance ou adoption,
- Ainsi que celle du conjoint à la date du mariage.

Dans les autres cas, la prise d'effet des garanties intervient 3 mois après la date d'effet de l'adhésion du sociétaire et/ou du bénéficiaire pour l'hospitalisation médicale, les frais médicaux, pharmaceutiques, etc , 6 mois pour l'hospitalisation chirurgicale, les soins et prothèses dentaires et l'orthodontie, 9 mois pour la maternité.

⇒ Le changement d'option est possible chaque année uniquement vers une garantie inférieure à celle souscrite à l'origine et à effet du 1^{er} janvier.

Comment Adhérer ?

Chaque salarié remplit sa **demande d'adhésion individuelle** et nous fournit :

- **Un RIB** pour le versement des prestations,
- Une photocopie de son **Attestation (papier) de Sécurité Sociale**, ainsi que celle des autres personnes affiliées au contrat,
- **La demande d'adhésion :**

à retourner à :

MIEL MUTUELLE

7 bis, rue du Gris de Lin – 42000 SAINT ETIENNE

Tél. : 0810 747 747 (numéro Azur) – Fax : 04.77.49.29.10 – Email : mielpartenariat@mielmut.com



PRESTATIONS

Comment obtenir votre remboursement ?

Votre volet de Sécurité Sociale comporte un message du type : "MIEL recevra directement ce décompte". Dans ce cas, seuls seront à envoyer à MIEL Mutuelle :

- La facture de l'opticien, avec le détail des sommes entre verres et monture,
- Pour les prothèses dentaires ou l'orthodontie : la facture du dentiste,
- Les décomptes établis par d'autres mutuelles,
- En cas d'hospitalisation : facture de l'établissement (s'il n'y a pas de prise en charge), note d'honoraires...
- Un acte de naissance pour le forfait naissance,
- Ainsi que toutes autres pièces que la mutuelle estimera nécessaires.

Le message "information transmise à votre mutuelle" n'apparaît pas sur la ligne de remboursement Sécurité Sociale, vous devrez en plus transmettre l'original du décompte à MIEL Mutuelle.

NB : Les implants dentaires doivent faire l'objet d'un accord préalable, sur la base d'un devis envoyé à MIEL avant le début des travaux.

Comment demander une Prise en charge en cas d'hospitalisation ?

Il vous suffit de prendre contact auprès de MIEL, par tout moyen.

Comment recevoir plus rapidement les informations ?

- Grâce au site Internet en demandant votre mot de passe lors de votre inscription. Vous pouvez consulter vos décomptes des trois derniers mois.

- Vous serez prévenu par mail à chaque nouveau décompte, si vous le souhaitez.

MIEL MUTUELLE

7 bis, rue du Gris de Lin – 42000 SAINT ETIENNE

Tél. : 0810 747 747 (numéro Azur) – Fax : 04.77.49.29.10 – Email : mielpartenariat@mielmut.com

Pour toutes autres informations, n'hésitez pas à contacter MIEL MUTUELLE



Nouvelle adhésion N° Adhérent :

Modification Fax transmis le : Code Produit :

MERCI DE COMPLETER CETTE DEMANDE D'ADHÉSION EN MAJUSCULES

IDENTIFICATION

Monsieur Madame Mademoiselle

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille : Né(e) le :

Situation de famille : Nombre d'enfant à charge :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tel. domicile : Email :

STATUT :
 Vis-à-vis de l'entreprise

Retraité(e) Pré-retraité(e) Licencié(e) Autres (ayants droits de salarié décédé...)

Date de sortie (JJMMAAAA) : . . / . . / 20 . .

De l'entreprise :

Adresse de l'entreprise :

La Formule distribuée par ESPACE CONSEIL souscrite :

SENIORS 1 SENIORS 2 SENIORS 3 SENIORS 4

Personnes à garantir	Nom	Prénom	Né(e) le	Sexe (1)	N° Sécurité Sociale	Régime Obligatoire (1)			
						Salarié	TNS	Agric.	Alsace Moselle
Adhérent(e)				M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conjoint(e)				M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 ^{er} Enfant				M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ^{ème} Enfant				M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) Cocher la case correspondante

Mode de paiement

Périodicité : Mensuelle d'avance par Prélèvement Je choisis la date d'effet :
 (Au plus tôt le 1^{er} du mois suivant la réception de la demande d'adhésion)

Je déclare avoir pris connaissance des statuts de MEXEM, assureur de Spécial Seniors, de la notice d'information, du règlement mutualiste, de mes garanties qui sont jointes à cette demande d'adhésion, en accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire, ainsi que des conditions applicables aux opérations de gestion. Je soussigné(e), certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur MEXEM - Immeuble Le Gemellyon Nord - 57 boulevard Vivier-Merle - 69429 LYON Cedex 03.

Cachet de l'entreprise : Signature de l'adhérent précédée de la mention "lu et approuvé" :
 Le / /

**Merci de joindre à votre Demande d'Adhésion :
 votre Attestation "papier" de Carte Vitale, celle de votre conjoint, ainsi qu'un RIB.**

INFORMATIQUE ET LIBERTÉ (LOI 78-17 du 06/01/1978)
 Les Adhérents et Bénéficiaires peuvent demander communication et rectification de toute information les concernant qui figurait sur les fichiers de l'organisme assureur, de ses mandataires, de ses réassureurs ou des organismes professionnels concernés. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé au siège de MEXEM.

Votre autorisation de prélèvement

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier ci-contre. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

A compléter obligatoirement par le débiteur

Nom
 Prénom
 Adresse
 Code Postal Ville

Date Signature :

Le Créancier gestionnaire N° national d'émetteur : **391079**

MIEL MUTUELLE BP 119 - 42008 SAINT ETIENNE

L'Etablissement teneur du compte à débiter

Nom
 Adresse
 Code Postal Ville

Le Compte à débiter

Etablissement Guichet N° de compte RIB

DEMANDE D'ADHÉSION

ESPACE CONSEIL / SANTÉ / SPECIAL SENIORS

LES EXCLUSIONS DE VOTRE GARANTIE

Sont exclus du présent règlement mutualiste les événements, conséquences et suites :

- de la transformation ou de la désintégration du noyau atomique, de la guerre civile ou étrangère,
- du suicide ou de sa tentative,
- les accidents et affections antérieures à l'adhésion,
- les séjours en gérontologie, en Instituts Médico Pédagogiques et établissements similaires,
- les centres hospitaliers et assimilés pour personnes âgées dépendantes et les hospitalisations en longs séjours,
- les soins esthétiques, les cures de toutes natures (sauf dispositions prévues à l'article 6) et la thalassothérapie.

VOS COTISATIONS

La cotisation varie en fonction de l'évolution de la consommation médicale du groupe assuré, du régime obligatoire de la Sécurité Sociale et du niveau de garantie choisi.

Cette cotisation comprend également la cotisation versée par la mutuelle aux organismes associatifs et fédératifs de la mutualité.

Les évolutions de cotisations ont lieu chaque année au 1er janvier ou éventuellement en cours d'année si la participation à la charge de la mutuelle venait à être augmentée par une réglementation ultérieure de la Sécurité Sociale ou autre modification législative.

En cas de mise en demeure pour non-paiement, la cotisation deviendra exigible pour l'année entière.

La cotisation est payable d'avance mensuellement.

Les cotisations et garanties sont présentées annuellement au Conseil d'Administration et approuvées par l'Assemblée Générale de la mutuelle. Elles s'appliquent à tous au 1er janvier de chaque année.

Les sociétaires sont informés des modifications apportées aux règlements mutualistes et cotisations lors de l'Assemblée Générale au moyen d'une lettre d'information générale.

SANTE SENIOR - 2010

RENONCIATION A L'ADHESION

Articles L 121 -23 à L 123-26 du Code de la Consommation

L'adhérent(e) a la faculté de renoncer aux garanties souscrites, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à MIEL Mutuelle, dans un délai de 7 jours à compter du jour de la souscription. Il devra restituer les cartes tiers payant et ne pas les avoir utilisées ou fait des demandes de prises en charge.

La renonciation entraînera la restitution par l'assureur de l'intégralité des sommes versées dans un délai maximal de 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée dont modèle ci-dessous : J'ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat d'assurance N°... et pour laquelle j'ai effectué un versement de ... euros. Je vous prie de bien vouloir me rembourser l'intégralité des sommes versées dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la présente. Je joins mes cartes tiers payant et déclare ne pas les avoir utilisées ou avoir fait des demandes de prises en charge. Date et signature.

Le contrat proposé est un contrat responsable; Il favorise le remboursement des actes réalisés dans le cadre du parcours de soins et permet le bénéfice éventuel d'avantages fiscaux et/ou sociaux.

Vos observations :

ESPACE CONSEIL
Une autre idée de l'assurance



Avant de retourner votre demande d'adhésion, vérifiez :

- Que celle-ci soit correctement remplie et signée au verso.
- Que l'autorisation de prélèvement soit également remplie et signée.
(Dans ce cas, joindre impérativement un R.I.B.)

Pièces à joindre :

- Les justificatifs des garanties précédentes, si nécessaire.
- Le R.I.B. pour le virement des prestations (*si différent de celui des prélèvements*)
- La photocopie de la carte du ou des assuré(s)