

GAMME Produit : LMF PRO – Niveaux 1 à 5

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation pré contractuelle 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 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 l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



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 de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Consultations, téléconsultations et visites médecins, actes techniques médicaux ou petite chirurgie, médicaments à service médical rendu (SMR) majeur et modéré, analyse et examens de laboratoire, imagerie médicale, auxiliaires médicaux, matériel médical, transport.
- ✓ **Hospitalisation (y compris maternité)** : forfait journalier hospitalier, frais de séjour, honoraires, actes techniques médicaux ou petite chirurgie, transport
- ✓ **Frais dentaires** : prothèses dentaires, consultations et soins dentaires, Inlay-Onlay (y compris inlay-core), orthodontie.
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact acceptées par l'AMO.
- ✓ **Aides auditives** remboursées par l'AMO
- ✓ **Bien-être** : Cure thermale remboursée par l'AMO, contraception, sevrage tabagique, ateliers prévention

GARANTIES SUPPLEMENTAIRES SELON FORMULE CHOISIE

- Dépassement d'honoraires
- Pharmacie prescrite non remboursée par l'AMO
- **Bien-être** : médecines douces, diététicien, pédicure, fécondation in vitro, vaccins non remboursés par l'AMO, vaccin anti grippal non remboursé par l'AMO
- **Hospitalisation** : chambre particulière, péridurale, allocation naissance ou adoption enfant
- **Frais optiques** : lentilles refusées par l'AMO, chirurgie réfractive
- **Frais dentaires** : implant non remboursé

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Assistance à domicile (en cas d'hospitalisation imprévue ou d'immobilisation, garanties complémentaires famille, en cas de décès, et dans le cas de certaines pathologies).
 - ✓ Téléconsultation en ligne
 - ✓ Fonds social.
 - ✓ Espace adhérent via Internet et application mobile « LMF & Moi ».
- 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 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.
- ✗ Les soins non remboursés par l'AMO (sauf mention contraire) et ceux non prévus dans le tableau des prestations.
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD)
- ✗ Les frais d'accompagnement résultant de séjours en 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 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

- ! **Bien-être : Médecines douces** : 3 séances par bénéficiaire et par année civile dans la limite d'un forfait par séance
- ! **Optique** : panier RAC 0 : équipement remboursé dans la limite du PLV (prix limite de vente), prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un enfant de - de 16 ans et réduite à 6 mois pour un enfant de - de 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage.
- ! **Frais dentaires** : panier RAC 0 et panier maîtrisé : remboursement prothèses dentaires dans la limite des honoraires limite de facturation (HLF). Panier libre et prothèses dentaires fixes : plafonds annuels de 700 € pour LMF Pro 1A, jusqu'à 70% du PMSS pour LMF Pro 3D, LMF Pro 4D et LMF Pro 5.
- ! **Aides auditives** : En 2020, remboursement dans la limite de 2 prothèses auditives par année civile. En 2021, remboursement dans la limite de 2 prothèses auditives tous les 4 ans
- ! **Chambre particulière** : remboursement dans la limite de 40 jours par année civile (selon la formule choisie)
- ! **Frais d'accompagnant** : remboursement dans la limite de 40 jours par année civile



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 de l'AMO française, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

- Signer les Conditions Particulières (CP)
- Transmettre un Kbis datant de moins de 3 mois
- Affilier aux contrats la totalité des bénéficiaires désignés aux CP
- Transmettre à La Mutuelle Familiale une liste de tous les membres du personnel pour chaque catégorie de salariés concernée par le contrat
- Conserver les justificatifs de dispense en cas de demande des administrations fiscales et sociales
- Transmettre les bulletins d'adhésion au contrat collectif obligatoire accompagnés des pièces nécessaires à l'enregistrement des bénéficiaires
- Remettre aux bénéficiaires la Notice d'Information et le tableau de garanties établis par La Mutuelle Familiale définissant les garanties souscrites et les modalités d'entrée en vigueur.

En cours de contrat :

- Régler les cotisations
- Transmettre à La Mutuelle Familiale les pièces justificatives relatives au changement de situation familiale des bénéficiaires.
- En cas de radiation des bénéficiaires : transmettre à La Mutuelle Familiale le bulletin de radiation des bénéficiaires et les cartes adhérent en cours de validité



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables à la date et aux périodicités fixées aux Conditions Particulières :

- Par prélèvement automatique
- Paiement par chèque
- Paiement par virement



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Date d'effet du contrat :

Le contrat prend effet à la date indiquée aux Conditions Particulières sous réserve de la signature de celles-ci par les parties. Le contrat se renouvelle par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées par le Règlement de garanties du contrat collectif. Le contrat cesse de produire ses effets à la date de résiliation du contrat collectif ou en cas de cessation d'activité ou de disparition du souscripteur.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'entreprise adhérente peut demander la résiliation du contrat collectif, en le signifiant à La Mutuelle Familiale par lettre, par mail ou par tout moyen prévu à l'article L.221-10-3 du code de la Mutualité :

- À l'échéance annuelle du contrat, sous réserve de respecter un délai minimum de deux mois avant la fin de l'année civile, soit au plus tard le 31 octobre de l'année en cours, conformément au disposition de l'article L.221-10 du code de la mutualité,
- A tout moment, après une année d'adhésion, sans frais ni pénalité, conformément à l'article L.221-10-2 du code de la mutualité.