

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 SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Visites, téléconsultation, consultations médicales généralistes et spécialistes, actes techniques médicaux ou petite chirurgie, médicaments à service médical rendu (SMR) majeur et modéré, analyse et examens de laboratoire, imagerie médicale, matériel médical, transport.
- ✓ **Hospitalisation (y compris maternité)** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, frais d'accompagnant, allocation naissance ou adoption d'un enfant, frais de transport.
- ✓ **Frais dentaires** : prothèses dentaires, consultations et soins dentaires, parodontologie non remboursée, Inlay-Onlay (y compris inlay-core), orthodontie, réparations.
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact acceptées ou refusées par l'AMO.
- ✓ **Aides auditives** remboursées par l'AMO
- ✓ **Bien-être** : Cure thermale remboursée par l'AMO, prévention infertilité, dépistage ostéoporose, ostéodensitométrie dépistage hépatite B, contraception, sevrage tabagique, vaccin antigrippe, ateliers prévention

GARANTIES SUPPLÉMENTAIRES SELON FORMULE CHOISIE

- Dépassement d'honoraires
- Automédication
- Analyses et examens de laboratoire non remboursés par l'AMO
- **Bien-être** : médecines douces, pédicure, bilan diététique, vaccins non remboursés par l'AMO
- Chirurgie réfractive
- **Frais dentaires** : prothèses dentaires non remboursées, implant non remboursé, parodontologie non remboursée par l'AMO, orthodontie non remboursée par l'AMO
- **Hospitalisation** : Chambre particulière à l'exclusion des établissements médicaux sociaux hors ambulatoire, solidarité familiale

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ 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.
 - ✓ Ateliers de prévention.
 - ✓ 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

- ! **Chambre particulière** : dans la limite de 60 jours par an en TERREA 2, 90 jours par an en TERREA 3 et 4.
- ! **Frais d'accompagnant** : 60 jours par an en TERREA 1 et 2, 90 jours par an en TERREA 3 et 4.
- ! **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.
- ! **Dentaire** : panier RAC 0 et panier maîtrisé : remboursement prothèses dentaires dans la limite des honoraires limite de facturation (HLF). Panier libre : plafond annuel de 1500€ (pour TERREA 2), plafond annuel de 2500€ (pour TERREA 3), plafond annuel de 3000€ (pour TERREA 4). Panier libre et prothèses dentaires non remboursées : limite de 3 dents par an.
Forfait annuel supplémentaire dès la 3ème année si aucune consommation enregistrée sur les postes dentaires (prothèses, implants, parodontie) dans les 24 mois précédents .
- ! **Aides auditives** : remboursement d'une aide auditive par oreille par période de 4 ans, Classe I et Classe II – Plafond maximum de remboursement de 1700€ par oreille AMO + Mutuelle



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 :

- 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,
- A transmettre une adresse électronique de correspondance pour permettre la transmission des documents contractuels et informatifs.

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat. Voir « Liste des documents obligatoires à la validation des prestations »
- Informer la Mutuelle de toute demande de prestations faisant suite à un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers
- Informer la Mutuelle si je bénéficie d'une garantie de même nature (collective ou individuelle) que celle assurée par le présent contrat
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale
- Informer la mutuelle de tout changement d'adresse, de coordonnées bancaires, de situation familiale, de Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, ou d'adresse électronique de correspondance conformément aux délais prévus au règlement mutualiste.
- A restituer la carte de tiers payant qui a été remise par la Mutuelle, en cas de dénonciation de l'adhésion.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Le montant de la cotisation est annuel. Elle est payable d'avance, de son montant par chèque, carte ou virement bancaire. La première cotisation est payable à l'adhésion. Les autres cotisations doivent être payées à l'échéance annuelle.

Toutefois, le montant de la cotisation annuelle peut être réglé par fractionnement mensuel, par prélèvement automatique sur un compte bancaire ou postal.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée au bulletin d'adhésion.

En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, 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 automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin à votre adhésion:

- À la date d'échéance principale du contrat mutualiste, en nous le notifiant par lettre, par mail ou par tout autre moyen prévu à l'article L.221-10-3 du code de la Mutualité, au moins deux mois avant cette date,
- A tout moment, sans frais ni pénalité, après une année d'adhésion, en nous le notifiant par lettre, par mail ou par tout autre moyen prévu à l'article L.221-10-3 du code de la Mutualité,
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis.

DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX PRODUITS DE LA GAMME TERREA : Arrêté du 8 novembre 2011 relatif aux majorations de cotisations prévues par le décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011.

Lorsque l'agent, actif ou retraité, âgé de plus de 30 ans adhère à une garantie de la gamme TERREA sans l'avoir souscrite l'année précédente, il fournit à La Mutuelle Familiale le justificatif d'adhésion de l'organisme précédent et le montant du coefficient de majoration affecté à sa cotisation.

Pour toute année non cotisée à une garantie labellisée après l'âge de 30 ans depuis la date la plus récente entre la publication du décret du 8 novembre 2011 et la date d'entrée dans la fonction publique, ou depuis la dernière adhésion à une garantie labellisée, il est calculé par La Mutuelle Familiale une majoration égale à 2% par année.

Il n'est pas appliqué de majoration au titre des deux premières années d'ancienneté dans la fonction publique.

Pour les agents en fonction lors de la publication du décret du 8 novembre 2011, il n'est appliqué de majoration qu'à compter de la deuxième année suivant la publication de la première liste de contrats labellisés du 31 août 2012.