

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : LA MUTUELLE FAMILIALE - Siège social : 52 rue d'Hauteville – 75 487 Paris Cedex 10.

Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité. SIREN n° 784 442 915

GAMME Produit : Frontea – Niveaux 1 à 3

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 la Sécurité sociale française ou du régime obligatoire luxembourgeois (les deux régimes ne sont pas cumulables). Le produit ne respecte pas 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

- ✓ **Hospitalisation (y compris maternité)** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, et de transport, chambre particulière, frais d'accompagnement de l'adhérent ou de l'un de ses bénéficiaires hospitalisés
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Consultations et visites médecins, analyse et examens de biologie médicale, radiologie, auxiliaires médicaux, pharmacie à service médical rendu (SMR) élevé, modéré ou faible.
- ✓ **Frais dentaires** : soins dentaires, Inlay-Onlay (y compris inlay-core), orthodontie, prothèses dentaires.
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact, chirurgie réfractive.
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : audioprothèses, matériel médical et appareillage,
- ✓ **Bien-être** : Cure thermale remboursée par la Sécurité sociale, forfaits : thérapies complémentaires.
- ✓ **Dispositifs de prévention** : forfaits : sevrage tabagique sur prescription médicale, vaccins sur prescription médicale et non remboursé par la Sécurité sociale, consultation diététicien, prise en charge d'un conseiller en environnement intérieur sur prescription médicale.
- ✓ **Maternité** : forfait fécondation in vitro – Amniocentèse, Allocation de naissance ou adoption d'un enfant si inscrit à la mutuelle comme ayant droit.
- ✓ **Actes de prévention remboursés par la sécurité sociale.**

GARANTIES SUPPLEMENTAIRES SELON FORMULE CHOISIE

- Dépassement d'honoraires
- Implantologie, Parodontologie,
- Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale
- Contraception non remboursée par la Sécurité sociale sur prescription médicale

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).
- ✓ Protection juridique (assistance juridique « vie privée », protection juridique « Recours médical », et « mesures de protection de la personne »).
- ✓ Téléconsultation en ligne



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'assurance maladie obligatoire (sauf mention contraire) et ceux non prévus dans le tableau des prestations.
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD)
- ✗ Les frais d'accompagnement résultant de séjours en maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD)



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT

- ! 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** : remboursement dans la limite de 60 jours par année civile.
- ! **Frais d'accompagnement de l'Adhérent** : remboursement dans la limite de 60 jours par année civile.
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Dentaire** : plafonnement des remboursements selon la formule choisie pour les implants dentaires, selon la formule choisie, forfait limité à 5 implants par année civile
- ! **Appareillage auditif** : prise en charge des dépassements du tarif de convention, selon la formule choisie, à hauteur d'un

- ✓ Fonds social.
- ✓ Espace adhérent via Internet et application mobile « LMF & Moi ».

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.

forfait pouvant aller jusqu'à 450 euros dans la limite de deux aides auditives par année civile.

- ! **Thérapies complémentaires** : 4 séances par bénéficiaire et par année civile dans la limite d'un forfait par consultation pouvant aller de 20 à 40 euros



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 d'assurance maladie obligatoire français, 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



Quand et comment effectuer les paiements ?

Le montant de la cotisation est mensuel. La première cotisation est payable à l'adhésion par chèque, carte ou virement bancaire. Les autres cotisations doivent être payées mensuellement par prélèvement automatique sur un compte bancaire ou postal.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion prend effet à la date indiquée au bulletin d'adhésion retourné dûment complété et signé. La garantie est acquise à cette même date, sauf délais de carence spécifiques à certaines garanties.

En cas d'adhésion à distance, conformément à l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, la garantie ne pourra être acquise qu'après un délai de 14 jours calendaires révolus suivant la date d'adhésion (cachet de la poste faisant foi), sauf demande d'exécution anticipée exprimée par l'adhérent.

L'adhérent devra dans tous les cas acquitter un mois plein de cotisation, quel que soit le nombre de jours restant du mois entamé.

Le contrat mutualiste vient à échéance le 31 décembre de chaque année, sauf en cas de résiliation par la mutuelle pour non-paiement des cotisations. Il est renouvelé annuellement par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année, sauf dénonciation dans les conditions définies aux règlements et statuts de la mutuelle.



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.