

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 et petite chirurgie, médicaments à service médical rendu (SMR) majeur et modéré, analyse et examens de laboratoire, imagerie médicale, auxiliaires médicaux, matériel médical.
- ✓ **Hospitalisation (y compris maternité)** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, frais d'accompagnant, et frais de transport,
- ✓ **Frais dentaires** : prothèses dentaires, consultations et soins dentaires, 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 thermique remboursée par l'AMO, contraception, sevrage tabagique, ateliers prévention

RENFORTS SUPPLEMENTAIRES SELON FORMULE CHOISIE

- Dépassement d'honoraires
- Analyses et examens de laboratoire non remboursés par l'AMO
- **Bien-être** : médecines douces, psychomotricien, thalassothérapie jeune maman, prévention infertilité (diagnostic, FIV, amniocentèse), prévention asthme et allergies (conseiller environnement intérieur sur prescription médicale, chambre d'inhalation avec masque pour enfant – de 3 ans, dispositifs anti acariens), test de grossesse, vaccins non remboursés par l'AMO, participation à un abonnement sportif, médical, artistique.
- Allocation naissance ou adoption enfant
- Chirurgie réfractive
- **Frais dentaires** : implant non remboursé, parodontologie non remboursée par l'AMO, orthodontie non remboursée par l'AMO
- **Renfort hospitalisation** : dépassements d'honoraires, chambre particulière en ambulatoire, chambre particulière à l'exclusion des établissements médicaux sociaux, solidarité familiale
- **Renfort pharmacie** : médicaments à SMR faible et selon la formule forfait d'automédication sur prescription médicale. Systématiquement proposé à l'adhésion. Peut être retiré à la demande de l'adhérent.
- **Renfort dépassements d'honoraires** : Honoraires médicaux (visites, téléconsultation, consultations médicales généralistes et spécialistes) en médecine de ville ou en établissement hospitalier.

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



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 et thérapies complémentaires** : 3 séances par bénéficiaire et par année civile dans la limite d'un forfait par séance, Forfaits plafonnés pour l'ensemble de « Bien-être et prévention » en fonction de l'ancienneté (plafonds de 100€ pour LMF Santé 1 la première année à 800€ pour LMF Santé 4 à partir de la 4^{ème} année).
- 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 inlay-onlay : plafond de 320€/an (pour LMF santé 2), plafond de 350€/an (pour LMF santé 3), plafond de 380€/an (pour LMF santé 4). Panier libre et prothèses dentaires fixes : plafond de 1000€ les 2 premières années / 2000€ la 3^{ème} année, plafond de 1500€ les 2 premières années / 2500€ la 3^{ème} année, plafond de 2000€ les 2 premières années / 3000€ la 3^{ème} année.
- ! **Aides auditives** : remboursement d'une aide auditive par oreille par période de 4 ans, Classe I et Classe II. Classe II - Plafond maximum de remboursement de 1700€ par oreille AMO + Mutuelle

- ✓ Fonds social.
 - ✓ Espace adhérent via Internet et application mobile.
- Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat*

- ! **Chambre particulière** : remboursement dans la limite de 60 jours par année civile (selon la formule choisie)
- ! **Frais d'accompagnant** : remboursement dans la limite de 60 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 :

- 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.