

Assurance Complémentaire Santé

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

 **Mutuelle Familiale**
ma complémentaire de vie

GAMME Produit : DECLIC – 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 la Sécurité sociale 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

- ✓ **Hospitalisation** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Consultations et visites médecins, analyse et examens de petite chirurgie, imagerie diagnostique (radiographie, scanner, IRM, échographie) auxiliaires médicaux, pharmacie à service médical rendu (SMR) élevé, modéré et faible
- ✓ **Dentaire** : consultations et soins dentaires, Inlay-Onlay (y compris inlay-core), prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale
- ✓ **Optique** : lunettes (monture et verres), lentilles
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : audioprothèses, autres prothèses et appareillage
- ✓ **Bien-être** : cure thermale remboursée par la Sécurité sociale
- ✓ **Prévention** : consultations de diététicien

GARANTIES SUPPLEMENTAIRES SELON FORMULE CHOISIE

- ✓ **Hospitalisation** : chambre particulière, frais d'accompagnement de l'adhérent ou de l'un de ses bénéficiaires hospitalisés
- ✓ **Dentaire** : implantologie, parodontologie, orthodontie
- ✓ **Optique** : lentilles non remboursées par la Sécurité sociale, chirurgie réfractive
- ✓ **Maternité** : fécondation in vitro – amniocentèse, chambre particulière, allocation de naissance ou adoption d'un enfant si inscrit à la mutuelle comme ayant droit
- ✓ **Bien-être** : thérapies complémentaires
- ✓ **Prévention** : sevrage tabagique, contraception non remboursée par la Sécurité sociale, vaccins sur prescription médicale, prise en charge d'un conseiller en environnement intérieur

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 »).
- ✓ 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'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, 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 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** : limite de 60 jours par année civile
- ! **Chambre particulière maternité** : Limite de 5 jours par année civile
- ! **Forfait journalier hospitalier en maison d'accueil spécialisée (MAS)** dans la limite de 60 jours par année civile
- ! **Frais d'accompagnement de l'adhérent**: 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
- ! **Prothèse auditives** : limite de 2 prothèses auditives 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 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. 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.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à la date d'échéance principale du contrat, en nous adressant une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique au moins deux mois avant cette date,
- en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis.