

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : Lamie mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la mutualité SIREN 784 647 323

Produit : Offre ex MFFOM – Non Assurés sociaux

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. 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 des 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 en substitution de la Sécurité sociale française ou en substitution et complément de la Sécurité sociale française.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les prestations sont soumises à des plafonds qui varient en fonction de la catégorie à laquelle vous appartenez, 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 et actes, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport, allocation forfaitaire (18€) pour les actes lourds, chambre particulière
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Honoraires médecins, soins d'auxiliaires médicaux, soins infirmiers, examens de laboratoire, pharmacie à service médical élevé ou modéré, traitement antipaludéen et certains vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact accordées par la Sécurité sociale, matériel pour amblyopie
- ✓ **Frais dentaires** : Prothèses dentaires, réparations accordées par la Sécurité sociale ou le dentiste conseil de la mutuelle, traitements/actes orthodontiques remboursés par la Sécurité sociale
- ✓ **Acoustique** : Appareillage, frais d'entretien, fourniture, accessoires remboursés par la Sécurité sociale
- ✓ **Appareillage** : Petit appareillage, orthopédie
- ✓ **Prévention** : Actes de prévention de l'arrêté du 8 juin 2006, cure thermale (dans la limite d'une par an)
- ✓ **ALD** : affection de longue durée pendant 36 mois ou hospitalisation en cas d'affection de longue durée pendant 36 mois

LES GARANTIES DEPENDANT DU LIEU DE DELIVRANCE DES SOINS

Prothèses dentaires et réparations refusées par la Sécurité sociale ou le dentistes conseil de la mutuelle
Lentilles refusées par la Sécurité sociale et le médecin conseil de la mutuelle
Bilan de santé

L'ASSISTANCE ET LES GARANTIES OPTIONNELLES

- ✓ Rapatriement sanitaire

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 indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail (couvert si l'adhérent a souscrit à un contrat Prévoyance)
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale



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

En cas de sur-cotation manifeste attestée par le praticien conseil de la mutuelle, pour les actes qui sont soumis à cotation en métropole, en particulier les soins et prothèses dentaires, les analyses médicales et les soins radiologiques, le remboursement sera limité à la cotation définie par le praticien conseil de la mutuelle.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Prestations servies en métropole et dans les DOM :**
 - Les actes effectués par les auxiliaires médicaux spéciaux, les cures thermales, les prothèses dentaires, acoustiques, orthopédiques, doivent obligatoirement faire l'objet d'un accord du praticien conseil de la mutuelle
 - Pour les cures thermales prescrites, le remboursement des honoraires médicaux et du forfait thermal a lieu sur les bases de la SS.
 - Le remboursement des frais de transport et d'hébergement est subordonné aux mêmes conditions de ressources que celles fixées par le code de la SS. Il n'est accordé qu'une cure thermale par an.
 - Les hospitalisations et les séjours en maison de repos sont soumis à une demande d'entente préalable en adressant un certificat médical au médecin conseil de la mutuelle. Les séjours en clinique, hôpital et maison de repos doivent avoir lieu dans un établissement agréé par la Sécurité sociale. Prise en charge limitée à 6 mois de séjour.
 - La surveillance médicale de l'enfant au cours de sa première année est limitée à une visite par mois.
- ! **Prestations servies outre-mer et à l'étranger :**
 - Remboursement des actes effectués sur la base de 90% des frais réellement exposés sauf pour les prothèses dentaires, l'orthodontie et l'optique.
 - Le remboursement des médicaments étrangers n'est autorisé qu'après avis du praticien conseil
 - Les actes médicaux et dentaires ne donnent lieu à un remboursement que s'ils ont été portés sur une feuille de soins et de prothèse dentaires délivrée par la mutuelle



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ En cas de résidence prolongée en métropole ou dans les DOM supérieure à 6 mois consécutifs l'adhérent ou ses ayant droits sont tenus de faire valoir leurs droits à la Sécurité sociale.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par Lamie mutuelle
- Fournir tous documents justificatifs demandés
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre centre de Sécurité sociale
- Nous informer des événements suivants, par lettre recommandée, dans les trente jours qui suivent la connaissance que vous avez de l'un de ces événements. :
 - Changements de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité,
 - Changement de profession : dans ce cas, l'assuré doit fournir à l'assureur les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée dans le contrat.
Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Semestriel, Trimestriel, Mensuel).
Les paiements sont effectués par prélèvement automatique sur un compte ouvert en France ou exceptionnellement par chèque.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion prend effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception du bulletin d'adhésion régulièrement complété, signé et accompagné des pièces demandées.

A compter de la prise d'effet des garanties, vous disposez d'un délai de 30 jours calendaires pour renoncer à votre adhésion.

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 au contrat :

- à la date d'échéance principale du contrat ou à la suite de l'envoi de l'échéancier, en nous adressant une lettre recommandée 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,