

# 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 Expatriés Maroc

**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 remboursements sont soumis à des plafonds qui varient en fonction de la formule choisie, 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 (yc psychiatrie)
- ✓ **Soins courants** : Honoraires et actes de médecins yc spécialistes, examens de laboratoires, soins d'auxiliaires médicaux, soins infirmiers
- ✓ **Pharmacie** : Accessoires, pansements, petit appareillage, médicament à service médical majeur, important ou modéré, traitement anti paludéen non remboursé par la Ss, vaccins
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact accordées par la CFE, la CNSS ou le médecin conseil de la mutuelle, matériel pour amblyopie
- ✓ **Frais dentaires** : Prothèses dentaires et réparation accordées par la CFE, la CNSS ou le médecin conseil de la mutuelle, traitement orthodontique, autres actes orthodontiques remboursés
- ✓ **Acoustique** : Appareils correctifs, frais d'entretien, fournitures, accessoires remboursés
- ✓ **Prévention** : Actes de prévention de l'arrêté du 8 juin 2006
- ✓ **ALD** : affection de longue durée pendant 36 mois ou hospitalisation en cas d'affection de longue durée pendant 36 mois

### LES GARANTIES PREVUES UNIQUEMENT SI LES SOINS SONT REALISES EN METROPOLE

- ✓ **Hospitalisation** : Participation forfaitaire pour les actes lourds, chambre particulière en établissement conventionné ou non et en psychiatrie, soins externes et transports sanitaires, transport terrestre
- ✓ **Optique** : Lentilles de contact refusées par la CFE, la CNSS ou le médecin conseil de la mutuelle
- ✓ **Dentaire** : Prothèses dentaires, réparations refusées par la CFE, la CNSS ou par le médecin conseil de la mutuelle
- ✓ **Cure thermique** : Surveillance médicale, établissement thermal
- ✓ **Prévention** : Bilan de santé

### L'ASSISTANCE INCLUSE

- ✓ Assistance rapatriement

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
- ✗ 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

- ! **Optique**: remboursement limité à un équipement tous les deux ans, réduit à un an en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs. Le remboursement des lentilles de contact jetables est limité à un par an.
- ! **Prestations servies en métropole**:
  - Le remboursement de la chambre particulière en psychiatrie est limité à un an et est fonction du tarif national opposable
  - ALD : sous réserve d'être prescrit et médicalement justifié par le médecin conseil de la mutuelle. Valable uniquement pour la formule au « 1<sup>er</sup> euro »
  - Bilan de santé limité à un tous les 5 ans. Valable uniquement pour la formule au « 1<sup>er</sup> euro »
  - La participation forfaitaire pour les actes lourds, les lentilles de contact refusées par le médecin conseil de la mutuelle, les prothèses dentaires et les réparations refusées par le médecin conseil de la mutuelle ne sont pas prises en charge dans la formule au « 1<sup>er</sup> euro ».



## Où suis-je couvert ?

- ✓ Au Maroc et en métropole



## 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<sup>er</sup> 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,