

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 mandataire indépendant

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 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 ou de maladie, 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 et maternité** : Honoraires médicaux et chirurgicaux actes techniques médicaux, actes de chirurgie, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, allocation forfaitaire pour les actes lourds, chambre particulière en médecine chirurgie obstétrique, frais d'accompagnement, frais de transport
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Consultations et visites généralistes et spécialistes, actes techniques médicaux et de chirurgie, analyses médicales et examens de laboratoire, imagerie médicale, auxiliaires médicaux
- ✓ **Pharmacie** : Pharmacie à service médical rendu élevé ou modéré, vaccins non remboursés par la Ss, médicaments prescrits non remboursés par la Ss, substituts nicotiniques prescrits remboursés ou non par la Ss, contraceptifs prescrits non remboursés par la Ss
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact remboursées ou non par la Ss, chirurgie correctrice (max 2 yeux/an)
- ✓ **Frais dentaires** : Soins dentaires et endodontie, Inlays, Onlays, prothèses dentaires remboursées ou non par la Ss, couronne transitoire, implants dentaires, orthodontie remboursée ou non par la Ss, parodontologie
- ✓ **Appareillage** : Prothèses auditives remboursées par la Ss, gros et petit appareillage remboursé par la Ss
- ✓ **Cure thermale** : Honoraires médicaux et chirurgicaux, frais complémentaires non remboursés par la Ss
- ✓ **Prévention et médecine douce** : Ostéodensitométrie non remboursée par la Ss, acuponcture, chiropractie, diététicien, éthiopathie, osthéopathie

LES GARANTIES OPTIONNELLES (selon la formule choisie)

Hospitalisation : Chambre particulière en ambulatoire

Pharmacie : Médicaments à 15%

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de soins et conventionnement hospitalier
- ✓ Assistance à domicile
- ✓ Prime naissance

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
- ✗ 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.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale



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** : En psychiatrie, dans la limite de 30j/an et en ambulatoire, dans la limite de 3 forfaits de 30, 40 ou 50€/an selon la formule.
- ! **Optique** : Prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Dentaire** : Max 2 implants/an
- ! **Médecine douce** : 25, 35 ou 45 €/séance selon la formule et dans la limite de 3 ou 5 séances par an



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 bulletin d'adhésion
- Fournir tous documents demandés par Lamie mutuelle

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- Faire parvenir vos demandes de remboursements dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale
- Nous informer des événements suivants, par lettre recommandée, dans les quinze jours qui suivent la connaissance que vous avez de l'un de ces événements. :
 - Changements de situation : changement d'adresse, modification de la 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, vous devez fournir les justificatifs nécessaires à la modification de votre 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 ou exceptionnellement par chèque.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Vous pouvez choisir la date d'effet des garanties selon les options proposées dans le bulletin d'adhésion.

A compter de la prise d'effet des garanties santé 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 suite à l'envoi de l'avis d'échéance, 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,
- si vous êtes contraint de souscrire à une mutuelle d'entreprise obligatoire proposée par votre employeur.