Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance
Mutuelle Les Ménages Prévoyants - Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité
N°SIREN 785 151 689 - Immatriculée en France - Siège social : 11 rue Albert Sarraut - 78000 Versailles

Produit : **LMP SURCO**

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 précontractuelle 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 surcomplémentaire 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 et de la première complémentaire santé de base. Le produit ne respecte pas 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 des garanties. Les remboursements ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut éventuellement rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

✓ **Hospitalisation :** Honoraires, chambre particulière, confort hospitalier.

✓ **Soins courants :** Honoraires médicaux (consultations généraliste, spécialistes, visites, actes techniques), honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, médicaments non pris en charge par l'AMO*, vaccins non pris en charge par l'AMO.

✓ **Matériel médical :** Grands et petits appareillages, prothèses capillaires, prothèses mammaires.

✓ **Dentaire :** Soins, inlay-onlay, prothèses, implants et orthodontie adulte non pris en charge par l'AMO, actes non pris en charge par l'AMO (dents provisoires rebasage, parodontologie, endodontologie), orthodontie prise en charge par l'AMO.

✓ **Optique :** Equipements optiques (monture et verres), lentilles prises en charge par l'AMO, chirurgie réfractive.

✓ **Aides auditives :** Prothèses auditives.

✓ **Cures thermales :** Frais d'hébergement (dans le cadre d'une cure thermale prise en charge par l'AMO).

✓ **Prévention / bien être :** Forfait maladies redoutées, consultations médecines douces (ostéopathe, psychologue, diététicien, psychomotricien, homéopathe, chiropracteur, acupuncteur, étiopathe, réflexologue, sophrologue, ergothérapeute, hypnothérapeute), consultation podologue-pédicure et bilan nutrition avec un diététicien ou nutritionniste non pris en charge par l'AMO.

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

✓ Application mobile

✓ Espace adhérent en ligne personnalisé

✓ Bulletin d'information trimestriel Réciproque

✓ Newsletter mensuelle

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 ou d'invalidité.

✗ Les dépassements d'honoraires et soins hors nomenclature sauf si prévu dans le tableau de garanties.

✗ Les frais liés aux séjours dans les établissements autorisés à dispenser des soins de longue durée tels que visés à l'article L.174-6 du Code de la sécurité sociale ou dans les établissements médico-sociaux tels que visés à l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD) ou les maisons de retraite.

✗ Les soins esthétiques et la thalassothérapie.

✗ Les produits non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire.

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

PRINCIPALES EXCLUSIONS
Ne sont pas pris en charge dans le cadre de la garantie :

! Les majorations de participation et dépassements d'honoraires liés à l'absence de désignation d'un médecin traitant ou au non-respect du parcours de soins coordonné par l'assuré.

! La majoration de participation prévue à l'article L.1111-15 du Code de la santé publique.

! La participation forfaitaire mentionnée à l'article L.160-13 II du Code de la Sécurité Sociale pour chaque acte ou chaque consultation pris en charge par l'Assurance Maladie et réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (au cours d'une hospitalisation) ainsi que pour tout acte de biologie médicale.

! Les franchises médicales prévues à l'article L.160-13 III du Code de la sécurité sociale relatives aux médicaments, aux actes paramédicaux et au transport sanitaire.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

! **Chambre particulière :** Forfait journalier de 45€ limité à 60 jours par an en médecine, chirurgie et obstétrique et à 30 jours par an en Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS), de psychiatrie et de convalescence SSR après un délai d'attente de 3 mois d'adhésion sauf en cas d'hospitalisation résultant d'un accident.

! **Confort hospitalier :** Forfait journalier de 4€ limité à 30 jours par an.

! **Prothèses dentaires :** Plafond limité à 1000€ la 1ère année, 2000€ la 2e et 3e année et 4000€ à partir de la 4ème année.

! **Optique :** Délai d'attente de 3 mois d'adhésion pour la prise en charge de la chirurgie réfractive de l'œil.

! **Aide auditive :** Forfait de 400€ par prothèse auditive, avec une prise en charge limitée à une aide par oreille et par an.

! **Médecines douces :** Forfait de 30€ limité à 2 séances par an.

! **Podologue – Pédicure :** Forfait de 30€ limité à 1 séance par an pour les personnes âgées de moins de 62 ans et à 3 séances par an pour les personnes âgées de plus de 62 ans.

Où suis-je couvert(e) ?

✓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, dans la limite du montant ou taux prévu par la garantie.

Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat ou de non garantie :

À la souscription du contrat :
- Remplir avec exactitude et signer la fiche de recueil des besoins et le bulletin d'adhésion
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par la Mutuelle.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) prévue 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 la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre sécurité sociale et de votre complémentaire de base.
- Informer la Mutuelle de toutes modifications concernant : son état civil, son adresse, sa situation familiale, sa situation socio-professionnelle, son ouverture de droits au regard du régime d'Assurance Maladie Obligatoire, ses coordonnées bancaires, la résiliation ou le changement de couverture complémentaire de base lorsque celle-ci est souscrite auprès d'un autre organisme assureur.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée sur l'échéancier de paiement.

Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance, par prélèvements automatiques sur le compte bancaire du membre participant dans un établissement situé dans un État membre de l'Espace économique européen et accessible au format SEPA, selon une périodicité et une date laissée au choix du membre participant sur son bulletin d'adhésion.

Les paiements par virement ou chèque sont autorisés uniquement pour les règlements de cotisations à échéance trimestrielle, semestrielle ou annuelle et doivent être effectués par avance, avant le 10 du premier mois de la périodicité choisie.

Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion du membre participant à la couverture de garantie prend effet, sous réserve des droits de renonciation le cas échéant applicables et de la réception par la Mutuelle de la demande d'adhésion et de l'ensemble des pièces justificatives, à la date librement fixée par le membre participant, sur son bulletin d'adhésion.

La couverture est garantie pour une durée minimale d'un an avec une date d'échéance annuelle fixée au 31 décembre. Elle se renouvelle ensuite, chaque année, par tacite reconduction, au 1er janvier, pour une durée d'un an sauf résiliation par l'une des parties dans les conditions prévues au règlement mutualiste.

Comment puis-je résilier le contrat ?

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion par lettre ou tout autre support durable ou moyen défini à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité.
Il peut mettre fin à son adhésion :
- À la date d'échéance principale de son contrat, en nous adressant une demande de résiliation au moins deux mois avant cette date (soit avant le 31 octobre) ;
- À tout moment, sans frais, ni pénalité, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription au contrat.
- En cas de survenance de certains événements (changement de domicile, changement de situation matrimoniale, etc) ayant une influence directe sur les risques garantis, un mois après réception de la notification de résiliation ;
- S'il est admis au bénéfice de la « Complémentaire Santé Solidaire.
- En cas de départ de France et de non-maintien de son affiliation au régime de sécurité sociale obligatoire français.

Le membre participant devra restituer à la Mutuelle ses cartes de tiers payants ou attester de leur destruction par écrit.