

# Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Mutuelle « LA FRONTALIERE » – Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité –

Immatriculée en France sous le numéro SIREN 421 110 305 000 16 – Agréée branche 1 et 2

Produits : RL150, RL200, RL250



**Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du Règlement mutualiste. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Des informations précontractuelles et contractuelles complètes sont fournies dans les documents relatifs à la garantie : statuts, règlement mutualiste, bulletin d'adhésion, fiche d'information individuelle, tableau des garanties (détaillant les niveaux de remboursement).**

## De quel type d'assurance s'agit-il ?

Ces groupes de garanties sont réservés aux membres de l'association « Amicale des frontaliers » ou de toute autre entité reconnue par l'Amicale et le Syndicat National des Frontaliers de France, affiliés au régime de sécurité sociale d'Alsace-Moselle. Ils sont destinés 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 et prévoit également des prestations d'assistance.



## Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garanties 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, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, indemnité de convalescence, chambre particulière, frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation de l'enfant affilié, transports
- ✓ **Soins courants** : consultations et visites d'un médecin généraliste ou spécialiste, auxiliaires médicaux, examens et actes médicaux, analyses médicales, transports hors hospitalisation
- ✓ **Pharmacie** : médicaments pris en charge par la sécurité sociale / forfait annuel pour les médicaments non pris en charge par la sécurité sociale sur prescription médicale
- ✓ **Frais dentaires** : Soins dentaires, prothèses dentaires, orthodontie
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact, chirurgie optique
- ✓ **Appareillage auditif** pris en charge par la sécurité sociale
- ✓ **Appareillage orthopédique** pris en charge par la sécurité sociale
- ✓ **Cure thermale** prise en charge par la sécurité sociale
- ✓ **Autres prestations** : prothèse capillaire prise en charge par la sécurité sociale, actes de médecine douce non pris en charge par la sécurité sociale, sevrage tabagique sur prescription médicale, produits reconnus pour la contraception et la ménopause sur prescription médicale, vaccins non pris en charge par la sécurité sociale sur prescription médicale

### LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

Les garanties assistance servies par Mondial Assistance

Les garanties précédées d'une ✓ sont systématiquement prévues au contrat.

- ✓ Rapatriement
- ✓ Frais médicaux, d'hospitalisation d'urgence (plafond 6 100 €)
- ✓ Retour prématuré



## Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité d'adhésion au règlement
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité Sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ Les séjours dans un établissement ne pouvant être qualifiés d'établissement de santé (établissements médico-sociaux, maison d'accueil spécialisées (MAS), EHPAD, unités ou centres de long séjour, ...)
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la sécurité sociale et les soins de rajeunissement
- ✗ Les frais de psychanalyse.



## 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 due en l'absence de désignation du médecin traitant 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 par règlement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée

### PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Hospitalisation et maternité** : chambre particulière limitée à 60€/j ; frais d'accompagnement sous condition d'âge limité à 5j/an et 31€/j ; indemnités de convalescence limitées de 12 à 180 nuits par an et 14€/nuit
- ! **Transports en cas d'hospitalisation** : forfait de prise en charge de dépassement d'honoraires limité à 366€ par hospitalisation (en cas de transports hors hospitalisation, ce forfait s'applique annuellement et non par transport)
- ! **Frais dentaires** : forfait de prise en charge de dépassement d'honoraires soumis à plafonds annuels pour les prothèses et plafonds semestriels pour l'orthodontie
- ! **Frais optiques** : un équipement par année glissante tous les 2 ans, période réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue. Forfait annuel lentilles non cumulable avec la prise en charge de lunettes ; chirurgie optique limitée à 381€/œil
- ! **Appareillages auditifs** : forfait de prise en charge de dépassement d'honoraires soumis à plafonds annuels



## Où suis-je couvert ?

- ✓ En France
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement n'intervient qu'à condition d'être pris en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire français et se fait sur la base de remboursement de la sécurité sociale française



## Quelles sont mes obligations ?

### Sous peine de suspension des garanties

#### Lors de l'adhésion au règlement mutualiste :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion
- Fournir tous documents justificatifs demandés

#### En cours d'adhésion au règlement mutualiste :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires à la mise à jour du dossier et au paiement des prestations
- S'acquitter des cotisations aux échéances convenues
- Faire parvenir les demandes de remboursements dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale ou suivant la date de facturation des soins en l'absence de prise en charge par le régime obligatoire. Les demandes de remboursements des soins sont accompagnées obligatoirement des originaux des décomptes du régime obligatoire s'il n'y a pas de télétransmission NOEMIE et des factures originales détaillant les frais engagés, le cas échéant. Lorsque les soins ne sont pas pris en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire, les demandes de remboursement sont accompagnées obligatoirement de la prescription médicale et des factures.
- Informer la Mutuelle des événements suivants :
  - o 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 ;
  - o Changement de profession ou cessation définitive d'activité professionnelle



## Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée dans le certificat d'adhésion. Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix de l'adhérent (Semestriel, Trimestriel, Mensuel). Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique.



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- La date d'effet des garanties est rappelée sur le certificat d'adhésion. L'adhésion est réalisée dans le cadre de l'année civile. L'adhérent dispose d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires révolus, qui commence à courir à compter de la date d'effet de son adhésion, ou à compter de la réception de l'ensemble des conditions d'adhésion et des informations précontractuelles si cet événement est postérieur.
- L'adhésion intervient pour une durée d'un an. L'échéance principale est fixée au 31 décembre. Passée cette date, l'adhésion se renouvelle automatiquement d'année en année à la date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions prévues au règlement. L'adhésion cesse également en cas de décès de l'adhérent ou de la perte de la qualité d'adhérent.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à la date d'échéance principale de l'adhésion en adressant, à la mutuelle LA FRONTALIERE, une lettre recommandée avec accusé de réception (ou 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. La résiliation doit être sollicitée dans les trois mois de l'événement. La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.