

Assurance complémentaire santé individuelle – TER

Document d'information sur la garantie complémentaire santé TER

Groupe France Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité et au contrôle de l'ACPR, Immatriculée en France sous le n° de SIREN 785 476 003. Siège social : 56 rue de Monceau, 75 008 Paris.



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 cette garantie dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement sont détaillés dans le tableau des prestations.

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

La gamme TER est destinée 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. Elle s'adresse, en premier lieu, aux agents et retraités de la Fonction Publique Territoriale. La gamme TER est une gamme labellisée. A ce titre, elle offre aux collectivités territoriales, dans les conditions prévues par le décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 et l'arrêté du 8 novembre 2011, la possibilité de participer au financement de la protection sociale de leurs agents. Cette gamme s'adresse également aux agents et retraités de la Fonction publique d'Etat, aux agents et retraités des établissements publics hospitaliers.

Cette gamme respecte les conditions légales des contrats responsables et n'est soumise à aucune limite d'âge. Elle comporte 3 niveaux de garanties.



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 prestations. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

LES PRESTATIONS SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Soins courants** : Consultations généraliste et spécialiste DPTM et hors DPTM, actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie, actes médicaux réalisés en cabinet, analyses et examen de laboratoire, honoraires paramédicaux, médicaments pris en charge par la sécurité sociale, médicaments prescrits non remboursés par la sécurité sociale, forfait transport, matériel médical, grand appareillage et soins à l'étranger.
- ✓ **Hospitalisation** : Frais de séjour conventionnés ou non, honoraires chirurgien et anesthésiste DPTM et hors DPTM, forfait hospitalier, chambre particulière médicale et chirurgicale, chambre particulière en maternité, forfait patient urgences.
- ✓ **Dentaire** : Soins dentaires, soins et prothèses 100% Santé, soins et prothèses hors panier 100% Santé pris en charge par la Sécurité sociale, implantologie prise en charge par la Sécurité sociale, bridge, appareil stellite, implants, orthodontie acceptée par la sécurité sociale sur la base d'un traitement orthodontique pour un semestre
- ✓ **Optique** Equipements (monture et verres) 100% Santé, équipements (monture et verres) hors panier 100% Santé, suppléments et prestations optiques pris en charge par la sécurité sociale, lentilles acceptées ou refusées par la sécurité sociale
- ✓ **Aides auditives** : Equipements 100% Santé, équipements hors panier 100% Santé pris en charge par la Sécurité sociale.
- ✓ **Prévention** : Médecines alternatives (ostéopathie...), ostéodensitométrie refusée par la sécurité sociale, sevrage tabagique pris en charge par la sécurité sociale, pilule non prise en charge par la sécurité sociale, vaccins non pris en charge par la sécurité sociale, consultation de psychologie non remboursée par la sécurité sociale.
- ✓ **Participations** : allocation maternité

LES PRESTATIONS PREVUES SELON LE NIVEAU DE GARANTIES SOUSCRIT

- lit accompagnant enfant moins de 12 ans
- frais location de TV
- orthodontie refusée par la sécurité sociale
- chirurgie réfractive
- cure thermale (soins, hébergement, transport)
- forfait obsèques

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Analyse et délivrance de devis (optique, dentaire, audioprothèses)
- ✓ Télétransmission



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les indemnités de perte de salaire 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
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements médicaux-sociaux incluant les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD) ainsi que le forfait journalier facturé dans le cadre de l'accueil familial thérapeutique.



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.

AUTRES EXCLUSIONS

- ! Les actes codifiés HN (Hors Nomenclature)
- ! les chambres particulières en psychiatrie

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Chambre particulière médicale et chirurgicale** : Remboursement limité à 30 jours par hospitalisation pour les niveaux TER1 et TER2.
- ! **Lit accompagnant enfant moins de 12 ans** : Remboursement limité à 20 jours par hospitalisation. Aucun remboursement pour le niveau TER1.
- ! **Frais location de TV** : Remboursement limité à 72 € par hospitalisation. Aucun remboursement pour le niveau TER1.
- ! **Allocation maternité** : Maternité de la conjointe ou bénéficiaire inscrite.
- ! **Cure thermale**: Remboursement sur présentation de justificatifs dans la limite des frais engagés.

(suite au verso)

- ✓ Tiers payant sur le ticket modérateur
- ✓ Réseau de soins: Pratique du tiers payant et tarifs négociés chez les opticiens, chirurgiens-dentistes, audioprothésistes et chirurgiens implantologues appartenant au réseau. Tarifs négociés avec les centres de chirurgie réfractive, diététiciens et ostéopathes appartenant au réseau
- ✓ Protection juridique santé
- ✓ Espace Adhérent:
 - visualisation et téléchargement des remboursements
 - réalisation de démarches administratives (changement d'adresse, de compte, ajout/ suppression de bénéficiaire)
 - accès aux statuts, règlement intérieur et règlement mutualiste
 - affichage des tableaux de prestations
 - géolocalisation des professionnels de santé et des partenaires appartenant au réseau de soins
- ✓ Téléconsultation médicale
- ✓ Action culturelle: accès à un spectacle par mois à Paris et magazine France Mutuelle (trimestriel).

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Information et conseil, assistance à domicile (aide à domicile, garde à domicile des enfants de moins de 16 ans...), assistance rapatriement en cas d'évènement survenu au cours d'un déplacement à l'étranger inférieur à 90 jours

Les prestations et services précédés d'une coche ✓ sont systématiquement prévus au contrat.

PRINCIPALES RESTRICTIONS (suite)

! **Dentaire** : Plafond de 1550€ à 2000 € par année civile et par bénéficiaire selon le niveau de garanties souscrit pour le cumul des forfaits prothèses, bridge dentaire, appareil stellite et implants.

! **Aide auditive** : remboursement limité à 1 aide par oreille tous les 4 ans.

! **Optique** : Prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 CSS, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

! **Chirurgie réfractive**: Forfait annuel par œil opéré.

! **Médecines alternatives** : Forfait annuel par bénéficiaire. Montant maximum par acte selon la garantie souscrite.

! **Consultation de psychologie non remboursée par la sécurité sociale** : Remboursement dans les conditions de la fiche d'information.

! **ostéodensitométrie refusée** : Montant maximum par acte.

RESTRICTIONS DANS LE CADRE D'UN CHANGEMENT DE NIVEAU DE GARANTIES

! Changement de niveau de garantie possible au 1^{er} janvier de chaque année, au terme d'un délai de 12 mois d'adhésion, sur demande écrite adressée à la mutuelle avant le 31 octobre de l'année en cours.

! La souscription d'un nouveau produit au sein de la mutuelle ou le changement de niveau de garanties entraîne le décompte d'un nouveau délai d'un an au titre de la résiliation à tout moment.

Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger : Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement ne se fait qu'en complément Sécurité sociale française et sur sa base de remboursement.

Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par la mutuelle
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée à l'échéancier.

En cours de contrat :

- Régler la fraction de cotisation indiquée à l'échéancier ;
- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues par la fiche d'information ;
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date des soins ;
- Informer la mutuelle en cas de survenance de l'un des évènements suivants : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, divorce, décès)...

Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations se règlent mensuellement d'avance. Lorsque le paiement est en précompte, le règlement par la collectivité s'effectue par virement ou chèque. Lorsque le paiement est individuel, le règlement s'effectue par prélèvement automatique

Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée aux conditions particulières (attestation d'adhésion).

En cas de contrat conclu à distance (vente en ligne, vente téléphonique), l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la date d'effet du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date d'effet du contrat).

Le contrat est conclu pour une période allant jusqu'au 31 décembre de l'année de sa prise d'effet. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés par le règlement mutualiste.

Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à la date d'échéance principale du contrat (31 décembre), en nous adressant une lettre ou autre support au moins deux mois avant cette date,
- à tout moment, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités,
- en cas d'affiliation à une mutuelle d'entreprise obligatoire, en cas de bénéfice de la CMU-C ou de l'ACS sous réserve de présenter à la mutuelle les documents justificatifs adéquats.