

Assurance complémentaire santé individuelle – Terra Santé labellisé

Document d'information sur la garantie complémentaire santé Terra Santé labellisé
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 784 492 084. 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 ?

Terra Santé labellisé 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. **Cette garantie, labellisée par le cabinet Actélior, s'adresse aux agents et retraités de la Fonction Publique Territoriale dans les conditions prévues par le décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011. Elle offre la possibilité aux collectivités territoriales de participer au financement de la protection sociale de leurs agents.**

Ce produit respecte les conditions légales des contrats responsables. Il 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, ostéopathie, chiropraxie, étiopathie, acupuncture, sevrage tabagique et forfait médicaments/ homéopathie (dont vaccins et pilules contraceptives) non pris en charge par la Sécurité sociale, analyses médicales et actes de biologie dont dépistage hépatite B, auxiliaires médicaux dont bilan du langage, radiologie et actes d'imagerie dont échographie et ostéodensitométrie acceptée, actes techniques et de spécialité.
- ✓ **Dentaire :** Soins dentaires dont détartrage et scellement des sillons, orthodontie acceptée par la Sécurité sociale, prothèses dentaires dont implantologie prise en charge par la Sécurité sociale.
- ✓ **Optique :** Lunettes (monture et verres), participation lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale.
- ✓ **Hospitalisation :** Honoraires et actes du chirurgien et de l'anesthésiste, participation forfaitaire sur les actes techniques supérieurs à 120 euros, frais de séjour, forfait journalier, forfait naissance ou adoption, frais de transport ou d'ambulance sur prescription médicale,
- ✓ **Prothèses et appareillages :** Toutes prothèses et appareillages.
- ✓ **Garantie forfaitaire en cas d'invalidité grave accidentelle.**

LES PRESTATIONS PREVUES SELON LE NIVEAU DE GARANTIES SOUSCRIT

- Implantologie non prise en charge par la Sécurité sociale
- Chambre particulière
- Lit accompagnant adulte
- Lit accompagnant par enfant âgé de moins de 12 ans
- Acte de psychomotricité sur prescription médicale
- Participation appareillage auditif pris en charge par la Sécurité sociale
- Participation autres prothèses et appareillages sur prescription médicale

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Analyse et délivrance de devis (optique, dentaire, audioprothèses)
- ✓ Télétransmission
- ✓ Tiers payant sur le ticket modérateur
- ✓ Réseau de soins Optique: Pratique du tiers payant et tarifs négociés chez les opticiens appartenant au réseau



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.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Ostéopathie, chiropraxie, étiopathie, acupuncture :** Forfait par séance limité à 12 séances par an. Remboursement dans les conditions de la fiche d'information.
- ! **Dentaire :** Plafond annuel pour les prothèses et implants de 1000 à 1500€ pour les niveaux 2 à 3. Au-delà remboursement complémentaire limité au ticket modérateur. Aucun remboursement d'implant non pris en charge par la Sécurité sociale pour le niveau 1.
- ! **Optique :** Prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution justifiée de la vue.
- ! **Chambre particulière :** remboursement limité à 30 jours par an.
- ! **Lit accompagnant adulte:** remboursement de maximum 15 jours par an.
- ! **Lit accompagnant enfant âgé de moins de 12 ans:** remboursement de maximum 15 jours par an.

(suite au verso)

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Espace Adhérent:
 - suivi et paiement en ligne des cotisations
 - visualisation et téléchargement des remboursements
 - recensement des professionnels de santé pratiquant le tiers payant et/ou appartenant au réseau de soins Optique.
- ✓ Action culturelle:
 - accès à un spectacle par mois à Paris
 - magazine France Mutuelle (trimestriel).

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Aide à domicile, livraison de médicaments et matériel médical en cas d'hospitalisation, immobilisation imprévue supérieure à 5 jours ou affection de longue durée.

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

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Maternité (accouchement):** Dépassements d'honoraires non pris en charge à l'exception de la césarienne et de l'anesthésie péridurale
- ! **Appareillage auditif :** remboursement limité à 1 équipement par an.
- ! Certaines prestations sont limitées à un montant maximum par année civile. Se référer au tableau des prestations

RESTRICTION 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.



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 de la 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 (*Photocopie de la pièce d'identité, attestation d'affiliation à l'assurance maladie de moins de 3 mois, relevé d'identité bancaire, mandat SEPA, justificatif de domicile de moins de 3 mois, certificat de scolarité ou photocopie de la carte d'étudiant pour les enfants attestant de leur qualité d'ayant-droit, éventuel certificat de radiation du précédent organisme de santé*);
- 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), changement de profession, changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont annuelles.

Lorsque le paiement est collectif en précompte, le règlement par la collectivité s'effectue par virement mensuellement.

Lorsque le paiement est individuel, le règlement s'effectue par prélèvement automatique ou par carte bancaire sur l'Espace Adhérent. Le paiement peut être mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel.



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 la fiche d'information.



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 recommandée au moins deux mois avant cette date.
- en cas d'affiliation à une mutuelle d'entreprise obligatoire sous réserve de présentation d'un justificatif et de l'envoi de la demande en LRAR au plus tard, (3) trois mois après l'affiliation au contrat collectif à adhésion obligatoire et dans les cas prévus au règlement mutualiste.