

GARANTIE KID'S (Responsable et Solidaire) ANNÉE 2026

COTISATION UNIQUE MENSUELLE 20,84 € pour les 0 - 14 ANS

NATURE DES ACTES (Base de remboursement du Régime obligatoire Sécurité Sociale incluse)		
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux (Consultations Généralistes)		100% BR
Honoraires médicaux (Consultations Spécialistes, Actes techniques médicaux)	Dépassement (Optam/Optam Co)	120% BR
	Dépassement (NON Optam/Optam Co)	100% BR
Honoraires paramédicaux (infirmier, podologue, kinésithérapeute, orthophoniste...)		100% BR
Analyses et examens de laboratoire		100% BR
Échographie - Imagerie médicale		100% BR
Médicaments		100% BR
Matériel médical	Panier 100% santé (dans la limite des PLV)	Frais réels
	Petit appareillage et orthèse (dont canne et déambulateur)	100% BR
HOSPITALISATION		
Hospitalisation et Forfait médical		100% BR
Hospitalisation	Chambre particulière	-
Actes techniques médicaux, de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique	Dépassement (Optam/Optam Co)	120% BR
	Dépassement (NON Optam/Optam Co)	100% BR
Transport Ambulance		100% BR
Forfait journalier	Frais réels	100%
Accompagnement personne hospitalisée (1)	Pendant 10 jours	30€/jour
OPTIQUE		
Équipement optique (2)	Panier 100% santé (dans la limite des PLV)	Frais réels dont 30€ pour la monture
	Équipement simple	60% BR + 100€ dont 50€ pour la monture
	Équipement complexe	60% BR + 200€ dont 50€ pour la monture
	Équipement très complexe	60% BR + 200€ dont 50€ pour la monture
DENTAIRE		
Soins et prothèses (3)	Panier 100% santé (dans la limite des PLV)	Frais réels
Soins (3)	Panier "Tarifs maîtrisés"	100% BR
	Panier "Tarifs libres"	100% BR
Prothèses dentaires (3)	Panier "Tarifs maîtrisés"	100% BR
	Panier "Tarifs libres"	100% BR
Orthodontie		100% BR
AIDES AUDITIVES		
Prothèses Auditives (4)	Panier 100% santé (dans la limite des PLV)	Frais réels
	Classe II	100% BR
PRÉVENTION		
Forfait Bien-Être : Ostéopathie	2 séances à 25€/An	50 €
AVANTAGES		
Allocation Naissance & Adoption Gratuité du mois de naissance	Forfait par Enfant Présentation d'un justificatif détaillé	100 €
Assistance R.M.A.	N° 0 969 322 157	

Les forfaits annuels sont versés par année civile

OPTAM : (ex contrat Accès aux Soins) Option Pratique Tarifaire Maîtrisée fournir une facture détaillée et acquittée

OPTAM CO : (ex contrat Accès aux Soins) Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique fournir une facture détaillée et acquittée

OPTAM et OPTAM CO est un engagement pris par le médecin pour limiter ses dépassements d'honoraires. La prise en charge des dépassements d'honoraires est minorée d'un montant égal à 20% de la Base de Remboursement du Régime Obligatoire pour les médecins n'ayant pas adhéré à OPTAM et OPTAM CO

(1) L'Accompagnant doit être membre de la mutuelle

(2) Un équipement optique tous les 2 ans sauf pour les enfants de - 16 ans et en cas d'évolution de la vue. Le délai de renouvellement s'entend à date de délivrance ou facturation d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) et également en cas de renouvellement séparé des éléments de l'équipement.

(3) Avec un plafond de 800 € par année civile et par bénéficiaire - les devis dentaires sont valables 6 Mois

(4) Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment. Pour les moins de 20 ans et personnes atteintes de cécité, la prise en charge est limitée au plafond réglementaire de 1700 €.

BR : Base de remboursement Sécurité Sociale

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : Les Mutuelles Ligériennes

soumises aux dispositions du livre II du code de la Mutualité

Numéro d'agrément 313309080

Produit : KID'S



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 précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau des 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, de maladie ou de maternité, en complément de la sécurité sociale française.



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

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : consultations, visites médecins généralistes et spécialistes, examens médicaux, auxiliaires médicaux, transport, pharmacie à service médical rendu (SMR) élevé, modéré et faible (remboursé à 65% - 30% - 15% par la Sécurité sociale)
- ✓ **Frais optiques** : lunettes (monture et verres)
- ✓ **Frais dentaires** : consultation, soins dentaires
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : orthèses

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Forfait médical pour actes coûteux
Frais accompagnant adulte et enfant
Prime naissance ou adoption

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Aide à domicile en cas d'hospitalisation de plus de 24 heures
- ✓ Conseil et informations médicales
- ✓ Prestations en cas d'immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours ou prévue de plus de 10 jours
- ✓ Prestations en cas de traitement anticancéreux
- ✓ Prestations en cas de maladie ou blessure d'un enfant bénéficiaire
- ✓ Prise en charge des frais médicaux à l'étranger

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.
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD).



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT

- ! La participation forfaitaire 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

- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Dentaire** : prise en charge limitée au plafond annuel.
- ! **Appareillage auditif** : remboursement limité à 1 appareil tous les 4 ans par oreille.
- ! **Bien-être** : nombre de séances limité par un plafond annuel et par bénéficiaire selon les garanties.



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 formulaire de souscription fourni par la mutuelle.
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle.
- Régler la cotisation indiquée 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 des soins de votre sécurité sociale.
- Informer la mutuelle des événements suivants dans les quinze jours qui suivent la connaissance qu'il a de l'un de ces événements :
 - Changement 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.
 - Changement de profession : dans ce cas, l'assuré doit fournir à la mutuelle les justificatifs nécessaires à la modification de son 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 peuvent être effectués par prélèvement automatique, virement, chèque ou espèces.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et indiquée sur le certificat d'adhésion. En cas de contrat conclu à distance, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle par tacite reconduction chaque 1^{er} janvier, sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à la date d'échéance principale du contrat, 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.
- en cas de révision des cotisations, en nous adressant une lettre recommandée dans les 20 jours qui suivent la date de notification de la modification (loi Châtel).
- Après 12 mois d'ancienneté, en nous adressant une notification moyennant un préavis de 1 mois.
- Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle par tacite reconduction chaque 1^{er} janvier, sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.