

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : MNT, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée en France au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775678584.

Produit : Règlement Mutualiste MNT Santé



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 pré contractuelle 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 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. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui 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

Ces garanties sont communes aux 4 formules de l'offre

- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux (consultations généralistes et spécialistes), honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, imagerie médicale, actes de chirurgie en cabinet, actes techniques médicaux, matériel médical, frais de transport
- ✓ **Médicaments** : médicaments remboursés par le Régime Obligatoire
- ✓ **Hospitalisation** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier, Frais de transport, frais accompagnant enfant moins de 16 ans,
- ✓ **Dentaire** : soins et prothèses dentaires, orthodontie remboursée par le régime obligatoire.
- ✓ **Optique** : monture, verres, lentilles remboursées par le régime obligatoire
- ✓ **Aides auditives**
- ✓ **Actes de prévention**
- ✓ **Garantie accidents du travail ou de service et maladies professionnelles**

Versement d'un capital unique forfaitaire en cas d'incapacité permanente ou d'invalidité du membre participant consécutive à un accident du travail ou de service, de trajet ou à une maladie professionnelle, reconnue par le régime de protection sociale de base du membre participant et percevant à ce titre : Une allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales ou une rente suite à la mise à la retraite pour invalidité (agents relevant de la CNRACL). Un capital ou rente de la Sécurité sociale au titre de l'incapacité permanente (agents relevant du régime général de la Sécurité sociale)

- ✓ **Accès au fonds d'interventions sociales et services de prévention de la Mutuelle**

LES GARANTIES NON SYSTEMATIQUEMENT PREVUES (en fonction de la formule choisie)

- ✓ Pharmacie à 15%
- ✓ Chambre particulière
- ✓ Orthodontie refusée par le régime obligatoire, implantologie, parodontologie
- ✓ Lentilles refusées par le régime obligatoire, chirurgie de l'œil
- ✓ Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale
- ✓ Allocation naissance

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les opticiens, chirurgiens-dentistes, audioprothésistes et ostéopathes partenaires)
- ✓ Service d'analyse de devis
- ✓ Plateforme e-santé (téléconsultations et prise de rendez-vous)
- ✓ Recours médical et pharmaceutique, Consommation médicale et paramédicale - Information juridique
- ✓ Garantie Défense pénale et recours professionnels - Protection sociale - Information juridique et statutaires

Les garanties de protection juridique sont assurées par CFDP ASSURANCES et définies par une notice d'information remise à l'adhésion.

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ RMA Assistance à domicile / Aide à domicile
 - ✓ RMA Vie professionnelle
- Les garanties d'assistance sont assurées par RMA et définies dans les notices d'informations d'assistance.

Les garanties précédées d'une ✓ 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.
- ✗ Les soins non remboursés par la sécurité sociale (sauf mention contraire)
- ✗ 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 âgées dépendantes (EHPAD)



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€.
- ! 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

- ! Les remboursements sont soumis à des limitations de fréquence qui varient en fonction du niveau de garantie choisi et qui figurent dans le tableau de garanties.
- ! **Chambre particulière** : limitée à 120 jours en service médecine et 90 jours en établissement pour séjour de longue durée en un ou plusieurs jours par année civile
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans, réduite à 1 an pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue et dans la limite des plafonds fixés dans le tableau de garanties.
- ! **Aides auditives** : prise en charge limitée à une aide auditive par oreille par période de 4 ans et dans la limite des plafonds fixés dans le tableau de garanties.
- ! **Indemnités forfaitaires DROM** : Limités par année civile à 30 jours en cas d'hospitalisation et 8 jours en cas de médecine ambulatoire.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger lors d'un séjour temporaire.
- ✓ 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 bulletin d'adhésion fourni par l'assureur, le dater et le signer
- Fournir tous documents justificatifs nécessaires à l'adhésion
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- Faire parvenir à l'assureur, sous peine de forclusion, les demandes de remboursements (accompagnées des justificatifs originaux nécessaires) dans les meilleurs délais et au plus tard dans un délai maximum de deux ans à compter de la date des soins ou de l'événement générateur de prestations en l'absence de remboursement Sécurité Sociale
- Signaler à la mutuelle toutes modifications dans la situation de l'adhérent et de ses ayants droits (changement de collectivité, changement de domicile, modification de la situation familiale...)
- S'acquitter des cotisations dues (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat



Quand et comment effectuer les paiements ?

A compter de leur adhésion, les adhérents s'engagent, pour eux-mêmes et pour leurs ayants droit, à acquitter une cotisation annuelle dont le paiement est réparti en fractions mensuelles.

Les cotisations doivent être réglées d'avance, de préférence par précompte sur le traitement, à défaut par prélèvement automatique sur compte bancaire.

Pour les retraités, le règlement s'effectue par précompte sur la pension ou à défaut par prélèvement automatique sur compte bancaire.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

En cas d'adhésion conclue à distance, le membre participant dispose d'un droit de renonciation de 30 jours calendaires révolus, qui commence à courir à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion.

En cas de démarchage à domicile, le membre participant dispose d'un droit de renonciation de 14 jours calendaires révolus, qui commence à courir à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion.

Pendant 30 jours calendaires à compter du premier versement, le membre participant qui a signé un bulletin d'adhésion peut renoncer à la garantie par lettre ou tout support durable adressé à la Mutuelle Nationale Territoriale, par déclaration faite au Siège social ou dans une agence de la Mutuelle, par acte extrajudiciaire ou par un mode de communication à distance.

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion. La date d'effet ne peut pas être antérieure à la date de réception du bulletin d'adhésion par la Mutuelle. L'adhésion au présent Règlement produit ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours et est renouvelée chaque année par tacite reconduction pour une durée de un an, sauf dénonciation prévue au règlement mutualiste

La couverture du membre participant prend fin à la date de résiliation selon les conditions prévues au règlement mutualiste



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat à la date d'échéance annuelle des garanties concernées, en nous adressant votre demande de résiliation par lettre ou tout autre support durable, au moins deux mois avant cette date.

Après 12 mois d'adhésion, vous pouvez également résilier votre contrat à tout moment, sans frais ni pénalités en nous adressant votre demande de résiliation par lettre ou tout autre support durable. La résiliation prend effet un mois après la réception par la mutuelle de votre demande de résiliation. La Mutuelle rembourse à l'adhérent la partie de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation, dans un délai de 30 jours.

Dans le cas où vous quittez la fonction publique territoriale, vous pouvez mettre fin au contrat à tout moment. Cette résiliation prendra effet au jour de votre départ de la fonction publique territoriale.

