

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

La Mutuelle Nationale Territoriale (MNT), Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité est immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 678 584

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 pour les formules Confort, Optimale, et Intégrale, mais pas pour la formule Essentielle.



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

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ Honoraires Médicaux et chirurgicaux
- ✓ Pharmacie
- ✓ Transport
- ✓ Hospitalisation
- ✓ Frais dentaire
- ✓ Matériel médical
- ✓ Prévention
- ✓ Activité physique adaptée
- ✓ Garantie accident du travail ou de service – maladies professionnelles

LES GARANTIES NON SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

Dépassements d'honoraires.
Pharmacie à 15 %
Chambre particulière
Allocation naissance
Bridges, prothèses dentaires amovibles
Optique
Prothèses auditives
Cures thermales

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les opticiens, chirurgiens-dentistes, audioprothésistes partenaires et les ostéopathes)
- ✓ Service d'analyse de devis
- ✓ Recours médical & informations juridiques
- ✓ Défense pénale et recours professionnels – Droits de la sécurité sociale
- ✓ Téléconsultation

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Aide à domicile en cas d'hospitalisation
- ✓ Autres garanties d'assistance en cas d'hospitalisation
- ✓ Assistance déplacement

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

- ✗ 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 journaliser 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 € et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport sanitaire
- ! 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

- ! **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 un mineur de moins de 16 ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale.
- ! **Prothèses auditives** : prise en charge limitée à une aide auditive par oreille par période de 4 ans
- ! **Indemnités forfaitaires DROM** : Limités par année civile à 30 jours en cas d'hospitalisation et 8 jours en cas de médecine ambulatoire.



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



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 bulletin d'adhésion fourni par l'assureur
- 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 ?

Les garanties prennent effet au plus tôt au premier jour du mois suivant la date de réception, par la MNT, du bulletin d'adhésion.

Les garanties cessent de produire leurs effets :

- au décès de l'adhérent
- à la date d'effet de la résiliation de son adhésion par l'adhérent ou de non-paiement de la cotisation
- à la date du départ à la retraite de l'adhérent (pour les garanties du « + Territorial »)



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat à la date d'échéance annuelle des garanties concernées, en nous adressant une lettre recommandée au moins deux mois avant cette date.

Dans le cas où vous quittez la fonction publique territoriale, vous pouvez mettre fin au contrat en cours d'année. Cette résiliation prendra effet au premier jour du mois suivant la réception de votre demande