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 Hospitalisation

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 MNT Hospitalisation 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'hospitalisation en complément de la Sécurité sociale française.

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

- ✓ **Hospitalisation :** honoraires médicaux et chirurgicaux pour les médecins, frais de séjour, forfait journalier, , frais de transport, chambre particulière, frais accompagnant enfant de moins de 16 ans ou adulte d'au moins 70 ans ou d'une personne handicapée.
- ✓ **Allocation naissance**
- ✓ **Participation au coût de mise en place de la téléassistance**
- ✓ **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

Néant

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Recours médical & informations juridiques
- ✓ Défense pénale et recours professionnels – Droits de la sécurité sociale
- ✓ Garantie Défense pénale et recours professionnels - Protection sociale - Information juridique et statutaires
  Les garanties de protection juridique sont assurées par CFDP ASSURANCES et deifies par une notice d'information remise à l'adhésion
- ✓ Service d'analyse de devis
- ✓ Plateforme e-santé (téléconsultations et prise de rendez-vous)
- ✓ Parcours Sport Santé et Santé Mentale

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 remboursements complémentaires de frais de soins de santé hors hospitalisation
- × 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

- ! Les risques garantis par d'autres organismes (accident du travail, accident scolaire, accident sportif dans le cadre des activités d'un club sportif ou d'une compétition, etc.)

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
- ! **forfait journalier :** il est remboursé sans limitation par la Mutuelle lorsqu'il est dû par l'assuré en cas d'hospitalisation au sein d'un établissement hospitalier (médecine, chirurgie, psychiatrie). En revanche, ce forfait n'est pas remboursé en cas d'admission dans un établissement médico-social visé par l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

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 14 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 en nous adressant votre demande de résiliation par lettre ou tout autre support durable, sans frais ni pénalités. 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.

Mutuelle Nationale Territoriale (MNT), Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 678 584. Siège social : 4 rue d'Athènes – 75009 PARIS
SMACL Assurances, société d'assurance mutuelle à cotisations fixes régie par le Code des assurances, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 301 309 605. Siège social : 141 avenue Salvador-Allende - CS 20000 - 79031 NIORT CEDEX 9
RMA, union d'assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 444 269 682. Siège social : 46 rue du Moulin - CS 32427 - 44124 VERTOU CEDEX