

# Assurance Complémentaire Santé

## Document d'information sur le produit d'assurance

Produit : Contrat Centre de Gestion de l'Hérault (34)

Ce contrat est assuré par la Mutuelle Nationale des Fonctionnaires des Collectivités Territoriales (MNFC), mutuelle enregistrée en France et régie par le livre II du Code de la Mutualité. SIREN n°784 442 899



**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 de garanties.**

### De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le contrat du CDG 34 est destiné à rembourser, en complément de la Sécurité sociale française, 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. 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 varient en fonction du niveau de garantie choisi et qui figurent dans les tableaux de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées. Certaines sommes peuvent rester à votre charge.

#### LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES :

- ✓ **Hospitalisation** : honoraires, analyses de laboratoire, radiologie, frais de transport et de séjour, forfait journalier hospitalier, participation forfaitaire sur les actes techniques égaux ou supérieurs à 120 €.
- ✓ **Soins courants** : visites et consultations de médecins généralistes ou spécialistes, pharmacie remboursée par la Sécurité sociale, auxiliaires médicaux, analyses et radiologie, frais de transport hors hospitalisation, honoraires en hospitalisation ambulatoire.
- ✓ **Prévention** : actes de prévention : Scellement des puits et fissures (enfant de – de 14 ans ), detartrage annuel complet, bilan du langage (enfant de – de 14 ans), dépistage trouble de l'audition (personne de + de 50 ans ), ostéodensitométrie, vaccins.
- ✓ **Dentaire** : actes et soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, couronnes transitoires, bridges, appareils amovibles, inlay-core) et orthodontie prises en charge par la Sécurité sociale, prothèses dentaires 100 % Santé telles que définies réglementairement (prestations assurées à partir du 01/01/2020).
- ✓ **Optique** : lunettes (monture et verres), lentilles de contact prises en charge par la Sécurité sociale, appareils basse vision, équipements 100 % Santé (dits de classe A) tels que définis réglementairement (prestations assurées à partir du 01/01/2020).
- ✓ **Aides auditives** : autre aides auditives remboursées par la Sécurité Sociale, entretien, piles et accessoires
- ✓ **Autres Prestations** : cure thermales, prothèses, petit appareillage, prothèses orthopédiques, gros appareillage prise en charge par la Sécurité Sociale.

#### L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE :

- ✓ Assistance en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile.
- ✓ Assistance en cas de naissance ou d'adoption, de pathologies lourdes et en cas d'obsèques.
- ✓ Assistance dédiée aux aidants.
- ✓ Fonds de secours
- ✓ Assistances juridique « Recours médical »

#### LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS :

- ✓ Réseau de soins Santéclair.
- ✓ Tiers payant.
- ✓ Le cautionnement de prêt pour les fonctionnaires

Les garanties ou services précédés d'une coche verte ✓ sont systématiquement prévus au contrat.



#### Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les indemnités journalières versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Les dépenses de soins afférentes aux séjours dans une unité de soins longue durée ou dans les établissements médico-sociaux tels que les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD).



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

#### LES PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE :

- ! Les franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports.
- ! La participation forfaitaire d'un euro sur les consultations et actes médicaux, examens radiologiques et analyses de laboratoire.
- ! La majoration du ticket modérateur lorsque l'assuré ne respecte pas le parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins, lorsque l'assuré ne respecte pas le parcours de soin.

#### LES PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! **Chambre particulière** : remboursement limité à 45 jours par année civile dans le cadre d'une hospitalisation spécialisée, placement particulier : maison de repos, psychiatrie.
- ! **Acupuncteur/ Chiropracteur/ Diététicien/ Naturopathe/ Nutritionniste/Ostéopathe/ Psychomotricien/ Sophrologue** : forfait unique annuel par bénéficiaire pour l'ensemble des spécialités mentionnées
- ! **Prothèses dentaires et orthodontie** : les remboursements sont limités à un plafond global annuel (uniquement pour les dépassements d'honoraires) durant les 2 premières années d'affiliation de l'assuré puis mise en place d'un plafond définitif à partir de la 3ème année.
- ! **Optique** : remboursement limité à un équipement (monture + 2 verres) tous les deux ans sauf évolution de la vue et enfants mineurs (un remboursement tous les ans).
- ! **Aides auditives remboursées par la Sécurité Sociale** : remboursement limité à deux appareils par an et par assuré Toutefois, à compter du 01/01/2021, pour l'ensemble des aides auditives pris en charge au titre du contrat, le nombre d'équipement (1 appareil acoustique) est limité à 1 équipement par oreille tous les 4 ans.



## Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ France (Départements et Régions d'Outre-mer inclus).
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement s'effectue sur la base de remboursement du régime d'Assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.
- ✓ Les garanties d'assistance sont accordées en France métropolitaine (**hors Départements et régions d'Outre-mer**) y compris Andorre et Principauté de Monaco



## Quelles sont mes obligations ?

**Sous peine de suspension des garanties, l'adhérent doit :**

### A la souscription :

- Remplir avec exactitude et signer la demande d'adhésion à remettre à mon employeur (service du personnel) = Mon employeur se charge de transmettre ces éléments à la MNFCT ;
- Fournir la copie de l'attestation de carte vitale de chaque assuré ;
- Le cas échéant le mandat de prélèvement SEPA ;
- Être âgé de plus de 16 ans ;
- Avoir la capacité de contracter.

### Durant le contrat :

- Payer la cotisation prévue au contrat ;
- Fournir tout document justificatif nécessaire au paiement des prestations prévues au contrat ;
- Faire parvenir les demandes de remboursement à la mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de l'évènement à indemniser ou de sa date de facturation
- Signaler tout changement de situation (régime de Sécurité sociale d'un des assurés, changement de domicile ou de situation familiale, etc...) ou de coordonnées bancaires et produire les justificatifs nécessaires à la modification du contrat. Ce changement peut, dans certains cas, entraîner la modification du contrat et de la cotisation initialement prévue.



## Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est annuelle et payable d'avance. Elle est due à l'échéance jusqu'à la résiliation du contrat.

Le paiement de la cotisation est exigible dans les 10 jours de son échéance. En cas de non-paiement au-delà de ce délai, et après une mise en demeure restée sans effet, l'assureur pourra être amené à résilier le contrat.

Les cotisations peuvent être réglées par précompte sur salaire, par prélèvement bancaire ou par chèque (uniquement pour le paiement annuel).



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat prend effet au plus tôt au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la signature de la demande d'assurance. Sa durée est d'un an. Il se renouvelle par tacite reconduction chaque année au 1<sup>er</sup> janvier sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.

L'adhérent dispose d'un délai de renonciation de 14 jours à compter de la prise d'effet du contrat.

Les garanties cessent :

- en cas de résiliation par l'adhérent ;
- en cas de non-paiement des cotisations ;
- en cas de modification des garanties à la suite d'une évolution de la réglementation ou d'une décision de la mutuelle, si l'adhérent refuse cette modification.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

Le Membre Participant peut dénoncer son adhésion par lettre recommandée moyennant un préavis de deux mois avant le 31 décembre de l'année en cours.

La dénonciation prend effet le 31 décembre de l'année de réception de la demande, à minuit.

Les garanties cessent également :

- En cas de résiliation par la personne morale souscriptrice du présent contrat collectif
- A la date à laquelle le Membre Participant n'appartient plus à la catégorie de personnel visée par les conditions particulières
- En cas de non-paiement des cotisations dans les conditions définies au présent document