

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, immatriculée en France et régie par le Code des assurances

Produit : Convention de Participation SDIS DE L'HERAULT (PCNI SANTE 2019 - SDIS 34)



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

- ✓ **Médecine générale** : consultations généralistes et spécialistes, radios et traitements, auxiliaires médicaux, analyses biologiques, actes de spécialité, frais de transport
- ✓ **Pharmacie** : médicaments remboursés
- ✓ **Hospitalisation** : prise en charge du forfait sur les actes lourds, honoraires médicaux ou chirurgicaux, frais de séjour, chambre particulière, forfait journalier, frais d'accompagnement
- ✓ **Dentaire** : soins, inlays-onlays, prothèses dentaires, orthodontie et implants
- ✓ **Optique** : lunettes (monture et verre), lentilles, chirurgie des yeux
- ✓ **Appareillage** : prothèses auditives et appareillage orthopédique
- ✓ **Médecine douce**
- ✓ **Pharmacie non remboursée par la Sécurité Sociale**
- ✓ **Cures thermales prises en charge par la Sécurité Sociale**
- ✓ **Actes de prévention**

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Néant

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Accès au fonds d'action social

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Assistance RMA

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.
- ✗ 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 RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€ 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.

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.



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 demandés par l'assureur et mentionnés dans la notice d'information,
- 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 les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale
- Informer l'assureur des événements suivants, par lettre recommandée, dans les 15 jours qui suivent la connaissance de l'un des événements : changement d'adresse, modification de la structure familiale (naissance, mariage, décès, séparation, divorce, etc...), tout autre changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Le Souscripteur est tenu au paiement de la cotisation du Membre Participant et éventuellement des Bénéficiaires, dont la couverture est facultative. Les cotisations sont prélevées mensuellement sur les traitements des agents et sont reversées mensuellement à la MNT à terme échu.

Pour les membres participants retraités et les sapeurs-pompiers volontaires, seul le Membre Participant est tenu au paiement de la cotisation due pour sa propre adhésion et celle de ses Bénéficiaires, à l'égard de la MNT. Cette cotisation est payable mensuellement d'avance et est appelée directement par la MNT auprès du Membre Participant.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat prend effet au 1er jour du mois en cours en cas d'adhésion avant le 20 du mois sinon au 1er jour du mois qui suit la réception de la demande.

En cas de démarchage, 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. Il se renouvelle automatiquement à chaque échéance annuelle par tacite reconduction sauf en cas de : résiliation du contrat collectif conclu entre le souscripteur et la MNT, sortie du membre participant des effectifs du souscripteur, décès du membre participant, non-paiement des cotisations.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat tous les ans en envoyant une lettre recommandée à la MNT au moins deux mois avant la date d'échéance annuelle.