

Assurance Complémentaire Santé



Document d'information sur le produit d'assurance

Mutuelle MCRN – Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité enregistrée sous le numéro SIREN 314765546, 4 place des Jacobins 44000 NANTES, adhérente à l'Union Groupe Mutualiste Solimut.

Produit: **MCRN 2021**

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. 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 **MCRN 2021** est une assurance complémentaire santé destinée 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 (dont la réforme RAC 0 appelé 100% santé). Ce produit est un contrat individuel.



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

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : Honoraires chirurgicaux et médicaux, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, Forfait patient Urgences
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Consultations généralistes et spécialistes, visites médecins, examens actes techniques médicaux, auxiliaires médicaux, pharmacie, analyses en laboratoire, imagerie médicale, transport sanitaire forfait moyens de contraceptions
- ✓ **Pharmacie** : médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65% (service médical rendu élevé), 30% (service médical rendu modéré), et 15% (service médical rendu faible)
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact
- ✓ **Frais dentaires** : Soins dentaires, scellements des puits, sillons et fissures dentaires, prothèses dentaires, orthodontie
- ✓ **Audition** : audioprothèses
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : orthopédie et appareillage hors audioprothèses
- ✓ **Prestations supplémentaires** : forfait moyens de contraception,
- ✓ **Médecines complémentaires** : Ostéopathie, chiropractie, acupuncture, diététique, pédicurie, podologie, psychologie, sexologie, homéopathe (praticien avec n° ADELI)
- ✓

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les opticiens, et audioprothésistes partenaires, réseau kalixia)
- ✓ Service d'analyse de devis

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ IMA assistance

Les garanties précédées d'une coche ✓ 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 ou les établissements d'hébergements pour les personnes dépendantes (EHPAD).
- ✗ Les soins non remboursés par l'Assurance maladie obligatoire (sauf mention contraire)



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.
- ! 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.
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition, réduite à 1 an pour un enfant de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.
 - ! **Auditif** : prise en charge limitée à un équipement par oreille, par période de 4 ans, à compter de la date d'acquisition.
 - ! **Prestations supplémentaires dont médecine douce** : sur justificatif d'un professionnel de santé enregistré au répertoire ADELI ou RPPS, pour des dépenses non prises en charge par la Sécurité sociale.



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 ?

A la souscription du contrat :

- M'engager à renseigner avec précision et exactitude les informations demandées sur le bulletin d'adhésion qui permettent à la Mutuelle une mise en œuvre précise des garanties souscrites,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la Mutuelle

En cours de contrat :

- Transmettre les originaux des décomptes de prestations délivrés par l'Assurance maladie obligatoire (sauf en cas de télétransmission) et les justificatifs des dépenses engagées (sauf tiers payant intégral) ou autres justificatifs nécessaires pour obtenir le paiement des prestations prévues au tableau de garanties.
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la mutuelle dans un délai de deux ans suivant la date de décompte de l'Assurance maladie obligatoire ou, le cas échéant de la facture.
- Déclarer à la Mutuelle, tout changement de domicile, de situation familiale, de relevé d'identité bancaire. ou de situation au regard des régimes d'Assurance maladie obligatoires français
- Régler la cotisation indiquée au contrat, **sous peine de suspension des garanties.**



Quand et comment effectuer les paiements ?

- La cotisation mensuelle est déterminée pour l'année.
- Les cotisations sont payables mensuellement par prélèvement bancaire ou sur la pension versée par la caisse de prévoyance.
- Les cotisations sont payables par chèque pour un paiement annuel d'avance.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'adhésion au contrat est indiquée au bulletin d'adhésion.

En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, 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). L'assuré peut demander le commencement d'exécution du contrat avant l'expiration du délai de renonciation. Cette demande ne fait pas obstacle à l'exercice du droit de renonciation.

L'adhésion au contrat est conclue jusqu'à la fin de l'année civile et se renouvelle par tacite reconduction par année civile sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.

Le niveau de couverture choisie est contracté pour une durée minimum d'un an modifiable à l'échéance.

La garantie cesse de plein droit à la perte de la qualité de membre de l'association, au décès de l'adhérent.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- A la date d'échéance principale du contrat, en adressant à la mutuelle MCRN une lettre recommandée avec accusé de réception avant le 31 octobre de l'année (pour prise d'effet au 31 décembre de cette même année).
- En cas d'attribution de la Couverture Complémentaire Santé Solidaire avec ou sans participation financière (CSS), en cas de perte du bénéficiaire du régime d'assurance obligatoire français.
- Loi Châtel : l'adhérent dispose donc d'un délai de 20 jours à compter de la date d'envoi (cachet de la poste) de l'avis d'échéance pour adresser sa demande de résiliation (par lettre RAR) et nous retourner les cartes réceptionnées pour la nouvelle année.
- A l'expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'effet de votre adhésion, votre demande de résiliation peut être effectuée à tout moment, conformément à l'article L 221-10-02 du code de la Mutualité.
- En cas de demande de radiation vous devez obligatoirement nous retourner vos deux cartes de tiers payant en cours.