

Nom du produit : COLLECTIVITES TERRITORIALES

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. Ce document complète le règlement mutualiste et le tableau de garanties qu'il est impératif de lire et de maîtriser pour connaître le montant des prestations qui vous sont personnellement consenties, ainsi que le détail et le libellé complet et exact de toutes les garanties et exclusions de votre contrat.

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 du régime obligatoire français. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des remboursements sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi selon le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à la charge des bénéficiaires du contrat.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **L'hospitalisation** : Hébergement (*le forfait journalier hospitalier, les frais de séjour hôpitaux conventionnés et non conventionnés, la chambre particulière*, chambre particulière en ambulatoire, le forfait actes lourds, frais d'accompagnement**), honoraires (*chirurgie, anesthésie, maternité*).
- ✓ **L'optique (y compris le 100% santé)** : Équipement adulte et enfant (*monture + verres*), compléments optiques hors 100% santé (*adaptation et appareillage, autres compléments, lentilles prescrites, chirurgie réfractive*).
- ✓ **Le dentaire* (y compris le 100% santé)** : Soins dentaires hors 100% santé (*soins dentaires, inlays-onlays*), prothèses dentaires hors 100% santé (*prises en charge par le régime obligatoire, inlays core, prothèses dentaires provisoires*), implantologie (*implants, radio 3D cone beam*), orthodontie (*prise en charge par le régime obligatoire*).
- ✓ **Les soins courants** : Honoraires médicaux (*généralistes, spécialistes, actes techniques médicaux, forfait actes lourds, forfait patient urgence*), imagerie et analyses médicales (*radiologie, échographie, doppler, acte de biologie*), honoraires paramédicaux (*auxiliaires médicaux, transport pris en charge par le régime obligatoire*), médicaments (*pharmacie remboursée par le régime obligatoire*), matériel médical (*appareillage, orthopédie, véhicule pour personne à mobilité réduite**).
- ✓ **Les aides auditives (y compris le 100% santé)** : appareillage auditif, entretien et piles.
- ✓ **La cure thermique** : Soins, hébergements.
- ✓ **Le pack prévention*** : Tout moyen de contraception, vaccin-antigrippe, ostéodensitométrie, sevrage tabagique (*sur prescription médicale*), consultation chez un diététicien*, les consultations [*acupuncteur, ostéopathe, chiropracteur, étio-pathe, kinésithérapeute, kinésologue, homéopathe, naturopathe, heilpraktiker hygiéniste (hors médicaments), ergothérapeute, psychomotricien, réflexologue**], pharmacie et homéopathie non remboursées par le régime obligatoire*.
- ✓ **L'aide-ménagère** (acceptée par le régime obligatoire, la CAF ou le Conseil Départemental).
- ✓ **Prime de naissance**
- ✓ **Le pack fidélité** : pédicure, podologue, participation à la pratique sportive, chirurgie réfractive, facettes céramiques.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Le dentaire : Orthodontie non prise en charge par le régime obligatoire, parodontologie (*maladies parodontales*).

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Le tiers payant généralisé en France et sur le panier 100% santé.
- ✓ L'espace privilège sur le site internet de la mutuelle.
- ✓ L'application mobile MCA.
- ✓ Le service MEDAVIZ de téléconsultation médicale.

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE

- ✓ MCA Assistance et Protection Juridique Santé

Les garanties avec la coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.

* Garanties soumises à restrictions



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 ou d'invalidité.
- ✗ Les conséquences du décès : obsèques, rapatriement de corps...



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€.
- ! Les franchises sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.
- ! La majoration de participation mise à la charge de l'assuré pour non-respect du parcours de soins dans les trois cas suivants :
 - 1- L'absence de choix d'un médecin traitant par l'assuré
 - 2- L'assuré consulte un médecin sans prescription de la part de son médecin traitant
 - 3- L'assuré refuse l'accès à son dossier médical à un professionnel de santé qui voudrait le compléter.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Un délai d'attente de douze (12) mois appliqué pour le fauteuil pour personne à mobilité réduite à compter de la date d'effet de l'adhésion et renouvellement de l'équipement une fois tous les trois ans.**
- ! **Consultation chez un diététicien pour les plus de 16 ans.**
- ! **Le remboursement des actes dentaires soumis à un plafond annuel global par bénéficiaire.**
- ! **Les frais d'accompagnement non pris en charge pour les personnes âgées de plus de 16 ans et de moins de 65 ans.**
- ! **La chambre particulière est limitée à 30 jours/an/bénéficiaire pour la psychiatrie.**
- ! **Les remboursements dans le cadre du pack prévention sont limités à un plafond global par an et par bénéficiaire.**
- ! **La pharmacie dans le cadre du Pack Prévention concerne les médicaments dont le taux de TVA est inférieur à 20% et qui figurent dans le répertoire des spécialités pharmaceutiques de l'ANSM.**
- ! **Les bilans dans le cadre de l'orthodontie refusée.**
- ! **Le pack fidélité réservé aux adhérents ayant 12 et ou 24 mois d'ancienneté selon les options et pour les bénéficiaires de plus de 16 ans pour les garanties : pédicure-podologue, chirurgie réfractive, facettes céramiques.**
- ! **Optique : prise en charge d'un équipement optique tous les 2 ans suivant la dernière facturation (tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue ou tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur).**
- ! **Aide auditive : prise en charge d'un équipement auditif par oreille tous les 4 ans suivant la date de facturation. Le délai court séparément pour chacun des deux équipements.**



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France Métropolitaine et départements d'outre-mer (Martinique, Guadeloupe, St Martin, Réunion, Guyane et Mayotte),
- ✓ A l'étranger, à la condition d'une prise en charge d'un Régime Obligatoire d'Assurance Maladie français.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat

- Respecter les conditions de souscription du contrat,
- Régler la cotisation selon les échéances prévues par le 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 deux (2) ans suivant la date de remboursement des soins de votre régime obligatoire français,
- Informer la mutuelle des événements suivants dans les trente (30) jours qui suivent la connaissance que l'adhérent a de l'un de ces événements :
 - Changements de situation : changement d'adresse, modification de la composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité français,
 - Changement de profession : dans ce cas, l'adhérent doit fournir à la mutuelle les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, fractionnables par semestre, trimestre ou mois. Si la périodicité est mensuelle, seul le prélèvement automatique est autorisé.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Les garanties prennent effet à la date indiquée au bulletin d'adhésion.

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation dans les cas et conditions prévues au contrat.

En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'adhérent dispose d'un délai de rétractation de quatorze (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).



Comment puis-je résilier le contrat ?

La résiliation peut être demandée à la mutuelle par lettre ou tout autre support durable, soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle, soit par acte extrajudiciaire, soit par le même mode de communication à distance que celui utilisé lors de l'adhésion, soit en adressant un courriel à resiliation@mc-alsace.fr et dans les conditions suivantes :

- Au 31 décembre minuit de chaque année si elle est notifiée à la mutuelle au moins deux mois avant la fin de l'année civile en cours,
- dans les 20 jours suivant la date d'envoi de l'avis d'échéance annuel de cotisation, si celui-ci est adressé après le 15 octobre, le cachet de la Poste faisant foi,
- après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités.