

Nom du produit : EDUCATION NATIONALE – NON RESPONSABLE

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 ne respecte pas 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 en hôpitaux conventionnés, la chambre particulière*, frais d'accompagnement**), honoraires (*chirurgie, anesthésie, maternité*), transport accepté par le régime obligatoire.
- ✓ **L'optique** : Équipement adulte et enfant (*monture + verres*), lentilles prescrites, plafond basse vision, chirurgie réfractive et implant intra oculaire.
- ✓ **Le dentaire*** : (remboursements limités hors ticket modérateur, par bénéficiaire) (avec plafond pour l'ensemble des actes dentaires), soins dentaires, prothèses dentaires prises en charge ou non par le régime obligatoire, inlays core, prothèse dentaire provisoire, orthodontie acceptée ou refusée*, implants, radio 3D cone beam, parodontologie (maladies parodontales - non remboursées par le régime obligatoire - hors bilan),
- ✓ **La cure thermale** : Soins pris en charge par le régime obligatoire, hébergement.
- ✓ **Les soins courants** : Généralistes, spécialistes, actes techniques médicaux, radiologie, échographie, doppler, analyses, auxiliaires médicaux (soins infirmiers, kinésithérapeutes), forfait actes lourds, forfait patients urgences.
- ✓ **Pharmacie** : Médicaments à service médical rendu majeur ou important, modéré ou faible.
- ✓ **Prothèses, orthopédie, appareillage** : appareillage, orthopédie, véhicule pour personne à mobilité réduite*, appareillage auditif.
- ✓ **Le pack prévention*** : Tout moyen de contraception, vaccin antigrippe, ostéodensitométrie, sevrage tabagique (*avec prescription médicale*), consultation chez un diététicien*, les consultations (*acupuncteur, ostéopathe, chiropracteur, étiope, kinésithérapeute, kinésologue, homéopathe, naturopathe, heilpratiker 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 mariage.**
- ✓ **Prime de naissance.**
- ✓ **Le pack fidélité** : Pédicure, podologue, participation à la pratique sportive, chirurgie réfractive, facettes céramiques (bloc incisivo-canin).

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 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 un renouvellement possible tous les trois ans.
- ! Optique : prise en charge d'un équipement optique tous les 2 ans suivant la dernière facturation.
- ! 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.
- ! Consultation chez un diététicien pour les plus de 16 ans.
- ! 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 et 89 jours/an/bénéficiaire pour les maisons de repos et la rééducation fonctionnelle.
- ! 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.
- ! Plafond par an et par bénéficiaire pour le remboursement des honoraires en chirurgie, anesthésie, maternité.
- ! L'orthodontie refusée soumise à un plafond par année de traitement.
- ! La garantie orthodontie refusée est réservée aux moins de 25 ans et ne prend pas en charge les bilans.
- ! La garantie orthodontie acceptée est réservée aux moins de 16 ans.
- ! Le pack prévention limité à un plafond par an et par bénéficiaire.
- ! Le pack fidélité réservé aux adhérents ayant 12 et ou 24 mois d'ancienneté selon les options et aux bénéficiaires de plus de 16 ans pour les garanties : pédicure-podologue, chirurgie réfractive, facettes céramiques.



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.