

Nom du produit : **OPTION JEUNE**

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

- ✓ **Les soins courants** : Généralistes, spécialistes, actes techniques médicaux, radiologie, échographie, doppler, analyses, auxiliaires médicaux.
- ✓ **La pharmacie** : Médicaments à service médical rendu majeur ou important, modéré ou faible.
- ✓ **L'optique** : Équipement (monture + verres), lentilles prescrites, chirurgie réfractive et implant intraoculaire.
- ✓ **Le dentaire** : (remboursements limités hors ticket modérateur, par bénéficiaire) (avec plafond pour l'ensemble des actes dentaires), soins dentaires, prothèses dentaires prises en charges par le régime obligatoire ou pas, inlays core, dents provisoires, orthodontie acceptée ou non par le régime obligatoire*, parodontologie non acceptée par le régime obligatoire, radios 3D Cone Beam (implantologie).
- ✓ **L'hospitalisation** : Les frais de séjour hôpitaux conventionnés, chambre particulière sans limitation de durée (pour la neuropsychiatrie, les maisons de repos et rééducation fonctionnelle : limite à 89 jours), honoraires chirurgie, anesthésie, maternité, forfait journalier hospitalier, frais d'accompagnement*, transport accepté par le régime obligatoire.
- ✓ **L'appareillage, aide auditive** : Appareillage, orthopédie, véhicule pour personne à mobilité réduite*, appareillage auditif.
- ✓ **La cure thermale** : Soins, hébergements.
- ✓ **Le pack prévention - médecine douce** : Les consultations (acupuncteur, ostéopathe, chiropracteur, étioopathe, kinésithérapeute, kinésologue, homéopathe, naturopathe, heilpraktiker hygiéniste (hors médicaments)), tout moyen de contraception sur prescription médicale non remboursé par le régime obligatoire, vaccin antigrippe, ostéodensitométrie, sevrage tabagique (avec prescription médicale), consultation chez un diététicien*, médicaments prescrits non remboursés par le régime obligatoire.
- ✓ **L'aide-ménagère** (acceptée par le régime obligatoire, la CAF ou le Conseil Départemental).

LES GARANTIES EN INCLUSION

- ✓ Capital décès
- ✓ Sports et loisirs

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Le tiers payant pour éviter l'avance de frais chez la plupart des professionnels de santé.
- ✓ L'espace adhérent sur le site internet de la mutuelle.
- ✓ L'application mobile MCA.

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.
- ! L'orthodontie non acceptée par le régime obligatoire pour les plus de 25 ans.
- ! L'orthodontie acceptée par le régime obligatoire pour les plus de 16 ans.
- ! La consultation chez un diététicien pour les plus de 16 ans.
- ! Le remboursement des actes dentaires soumis à un plafond annuel.
- ! Les frais de séjours en hôpitaux non conventionnés.
- ! Les séjours et les frais de séjours en maison de retraite, établissements médicaux-sociaux (MAS – EHPAD).
- ! Les frais d'accompagnement non pris en charge pour les personnes âgées de plus de 16 ans et de moins de 65 ans.



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 certificat 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 courrier recommandé avec accusé de réception ou lettre recommandée électronique :

- Au 31 décembre de chaque année moyennant un préavis de deux mois avant cette date (c'est-à-dire avant le 31 octobre),
- Dans les 20 jours qui suivent la réception de l'appel de cotisation.