

Assurance Complémentaire Santé collective



Document d'information sur le produit d'assurance

Produit conçu et géré par la Mutuelle Complémentaire d'Alsace - 6 route de Rouffach - CS 40062 - 68027 Colmar Cedex - SIREN : 778 900 027 -

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité.

Nom du produit : FLEX'TNS

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 précontractuelle et contractuelle ; les niveaux de remboursement étant 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 du régime obligatoire d'Assurance Maladie 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 et figurent dans 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** : Forfait journalier hospitalier, frais de séjour hôpitaux conventionnés et non conventionnés, chambre particulière*, forfait actes lourds, frais d'accompagnement*, honoraires chirurgie, anesthésie, maternité.
- ✓ **L'optique (y compris le 100% santé)*** : Equipement (monture et 2 verres), adaptation, appareillage et autres compléments, lentilles prescrites prises en charges ou non par le régime obligatoire*, forfait basse vision*, chirurgie réfractive et implants intraoculaires.
- ✓ **Le dentaire (y compris le 100% santé)** : Soins dentaires, Inlays-Onlays, prothèses dentaires prises en charge par le régime obligatoire, Inlays core, prothèses dentaires provisoires*, implants*, radio 3D dans le cadre de l'implantologie*, pilier, orthodontie prise en charge par le régime obligatoire* parodontologie : maladies parodontales*, prévention bucco-dentaire M/T dents.
- ✓ **Les soins courants** : Consultations, visites généralistes et spécialistes, actes techniques médicaux, forfait actes lourds, forfait patient urgences, 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, achat de véhicule pour personnes à mobilité réduite*), prothèses capillaires (y compris 100% santé)*, location durée < 6 mois d'un véhicule pour personne en situation de handicap (100% santé)*, protection périodique réutilisable*.
- ✓ **Les aides auditives (y compris le 100% santé)** : Appareillage auditif*, entretien et piles.
- ✓ **La cure thermale** : Soins pris en charge par le régime obligatoire, Hébergement (hors transport)*.
- ✓ **Le pack prévention*** : prise en charge de la médecine douce et de prestations de confort (vaccin, pharmacie, ...)
- ✓ **Le sport sur ordonnance** pour les personnes en affection longue durée.
- ✓ **Dispositif Mon soutien psy** : prise en charge des consultations de psychologues.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Le dentaire* : Prothèses dentaires non prises en charge par le régime obligatoire (y compris bridge sur implant, hors implants et hors prothèses dentaires provisoires), orthodontie non prise en charge par le régime obligatoire*

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.**
- ✓ **Le service deuxième avis médical.**

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE

- ✓ **MCA Assistance et Protection Juridique**

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.

* Garanties soumises à restrictions (voir détails dans la fiche de garanties et les conditions générales).



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 personnes résidant à l'étranger non couvertes par l'Assurance Maladie obligatoire.
- ✗ 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.
- ! 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 la participation et la franchise sur les dépassements d'honoraires appliquées par le ROAM aux actes hors parcours de soins.
- ! Les frais d'hébergement en maison de cure médicale et de retraite, maisons d'enfants spécialisés à caractère sanitaire et scolaire de type permanent, instituts ou centres médicaux-éducatifs, médicaux-psycho-pédagogiques, médicaux-professionnels et de rééducation, centres de rééducation professionnel.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

Hospitalisation : la chambre particulière limitée à 89 jours par an en maison de repos, rééducation fonctionnelle et neuropsychiatrie (options) dont **Allocation Journalière forfaitaire** : durée d'indemnisation limitée à 30 jours par an* Sont exclus les frais d'accompagnement non pris en charge par le régime obligatoire pour les personnes de 16 à 65 ans

Optique : prise en charge d'un équipement optique tous les 2 ans (délai réduit à 1 an pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue).

Aide auditive : prise en charge d'un équipement auditif par oreille tous les 4 ans suivant la date de facturation.

Dentaire : forfait limité par an ou par période de traitement et par bénéficiaire, dans la limite d'un plafond global (hors garanties minimales) ; nombre d'implants et de piliers limité par an et par bénéficiaire.

Orthodontie non prise en charge par le régime obligatoire : les bilans et la contention sont exclus (options).

Véhicule pour personne à mobilité réduite (+ moteur) : soumis à une limite de renouvellement tous les 3 ans pour les achats ou limitée à une durée de location de 6 mois pour la location.

Pack prévention : les remboursements sont plafonnés et forfaitaires. La pharmacie concerne les médicaments dont le taux de TVA est inférieur à 20% et qui figurent dans le répertoire des spécialités pharmaceutiques de l'Autorité nationale de sécurité du médicament.

Pack fidélité : réservé aux adhérents de plus de 16 ans, et ayant 12 ou 24 mois d'ancienneté selon les options ; pratique sportive limitée à 50% des frais réels.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France Métropolitaine et les Départements et Régions d'Outre-Mer (Guadeloupe, Guyane, La Réunion, Martinique, Mayotte et dans les COM (Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Saint-Pierre-et-Miquelon),
- ✓ A l'étranger, à la condition d'une prise en charge d'un Régime Obligatoire d'Assurance Maladie français.



Quelles sont mes obligations ?

Lors de l'affiliation de la souscription du contrat collectif

- L'entreprise déclare à la Mutuelle tout salarié remplissant les conditions d'affiliation,
- L'entreprise communique à la Mutuelle, le bulletin individuel d'affiliation dûment renseignée par chaque nouveau membre participant,
- L'entreprise remet à chaque nouveau membre participant une notice d'information rédigée et fournie par la Mutuelle, ainsi qu'à porter à la connaissance de chacun d'eux les modifications des garanties du présent contrat en leur remettant copie de toute nouvelle notice rédigée par la Mutuelle,
- Le membre participant remplit avec exactitude et signe le bulletin d'affiliation accompagné des justificatifs demandés.

Au cours de l'exécution du contrat collectif

- L'entreprise déclare à la Mutuelle tout nouveau salarié remplissant les conditions d'affiliation et tout changement de situation des membres participants en précisant la date et les motifs de ces changements de situation (retraite, licenciement, congé sans solde, suspension du contrat de travail en précisant la cause...),
- L'entreprise déclare à la Mutuelle tout salarié dont le contrat de travail est rompu au cours de l'exécution du présent contrat, en précisant la date de son départ. Cette déclaration doit être effectuée dans les 15 jours suivant la rupture effective du contrat de travail,
- L'entreprise communique à la Mutuelle, le bulletin individuel d'affiliation, dûment renseignée par chaque nouveau membre participant,
- L'entreprise paye à la Mutuelle les cotisations dues aux échéances,
- L'entreprise remet à chaque nouveau membre participant une notice d'information rédigée et fournie par la Mutuelle, ainsi qu'à porter à la connaissance de chacun d'eux les modifications des garanties du présent contrat en leur remettant copie de toute nouvelle notice rédigée par la Mutuelle,
- Le membre participant informe la Mutuelle de tout changement de situation (ex : coordonnées bancaires, situation familiale, etc.).

Lors de la cessation du contrat collectif

- L'entreprise restitue à la Mutuelle l'intégralité des cartes de tiers payant remises aux salariés.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables à terme échu mensuellement par prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Pour l'entreprise souscriptrice :

Le contrat collectif prend effet à compter de la date fixée au Conditions Particulières pour une durée qui se termine le 31 décembre et qui se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année, pour une durée d'un an.

Il cesse au 31 décembre en cas de non-renouvellement à l'échéance ou à une autre date en cas de résiliation, dans les conditions prévues aux conditions générales.

Pour le membre participant (salarié ou ancien salarié) :

La couverture obligatoire du salarié prend effet à compter de sa date d'affiliation au contrat.

La couverture facultative des ayants droit prend effet soit à la date de l'adhésion soit au 1er jour du mois civil suivant la demande.

Les garanties cessent soit à la date de résiliation du contrat collectif, soit à la date de rupture du contrat de travail du salarié, soit à la date à laquelle prend fin la période de portabilité.



Comment puis-je résilier le contrat ?

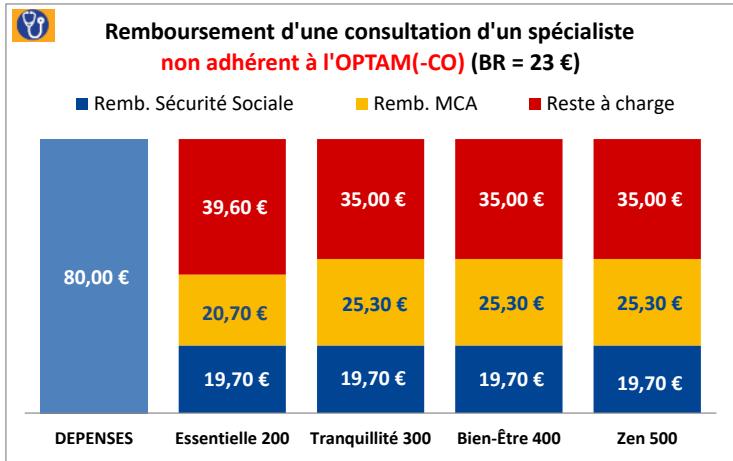
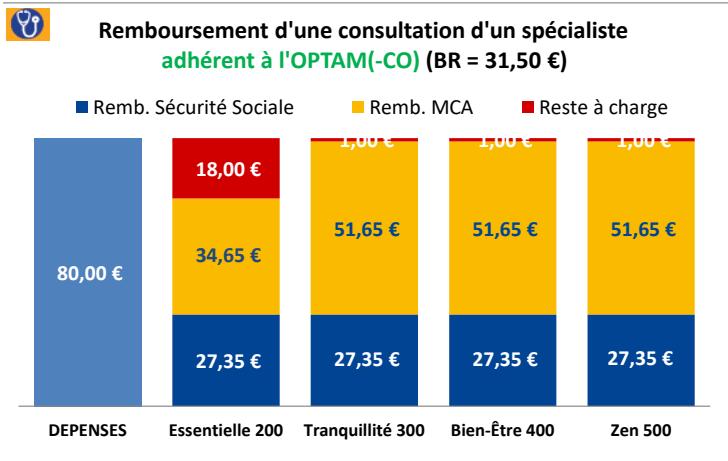
La résiliation peut être demandée à la Mutuelle soit par lettre ou tout autre support durable, soit par déclaration faite au siège social, soit par acte extrajudiciaire, soit en adressant un courriel à resiliation@mc-alsace.fr, à l'initiative de la personne morale souscriptrice dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire ou à l'initiative du membre participant ou de l'employeur dans le cadre d'un contrat collectif facultatif et dans les conditions suivantes :

- Au 31 décembre de chaque année, moyennant un préavis de deux mois avant cette date (c'est-à-dire avant le 31 octobre).
- A tout moment après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription au contrat, sans frais ni pénalités ; la résiliation du contrat prenant effet un mois après que la Mutuelle en ait reçu notification.

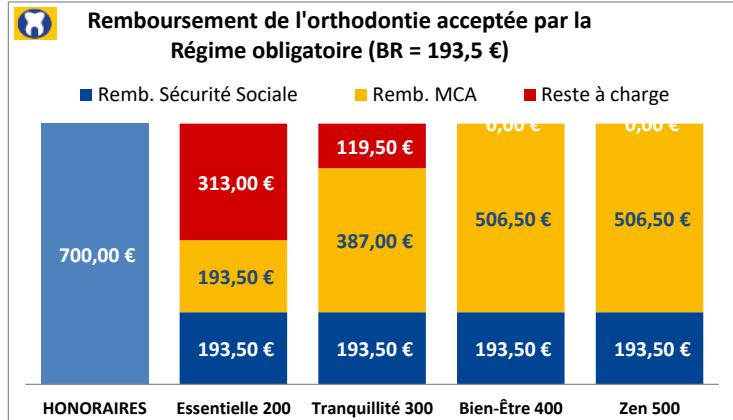
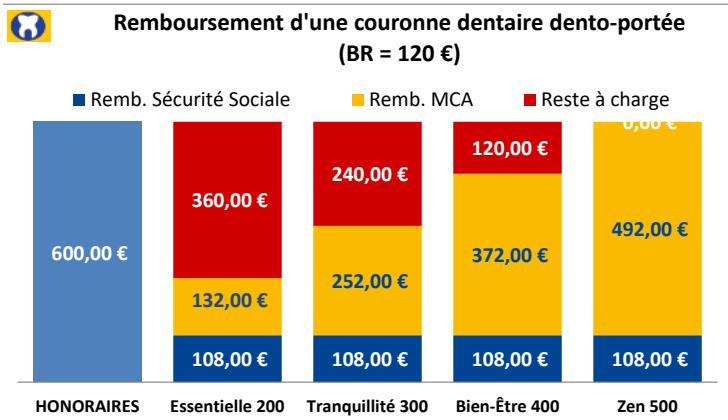
FLEX'TNS

Exemples de remboursements au régime local :

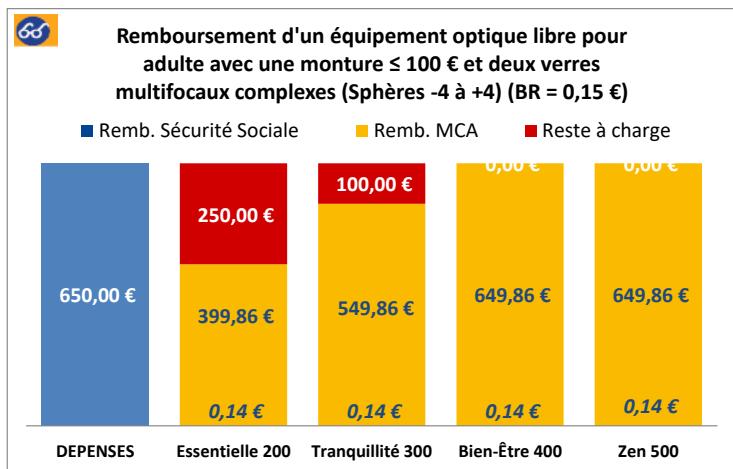
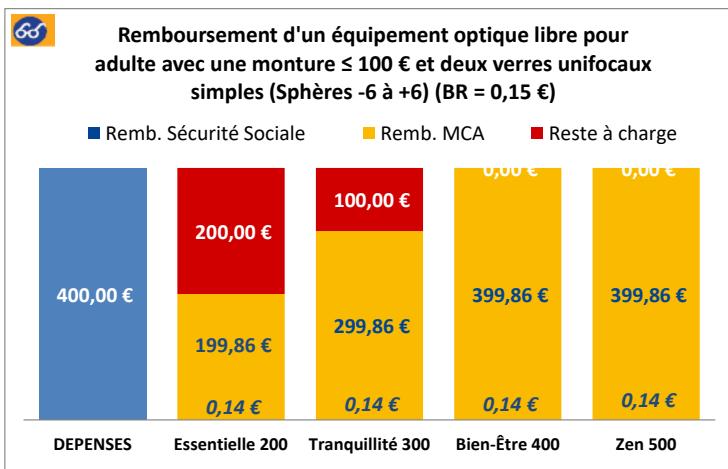
SOINS COURANTS



DENTAIRE



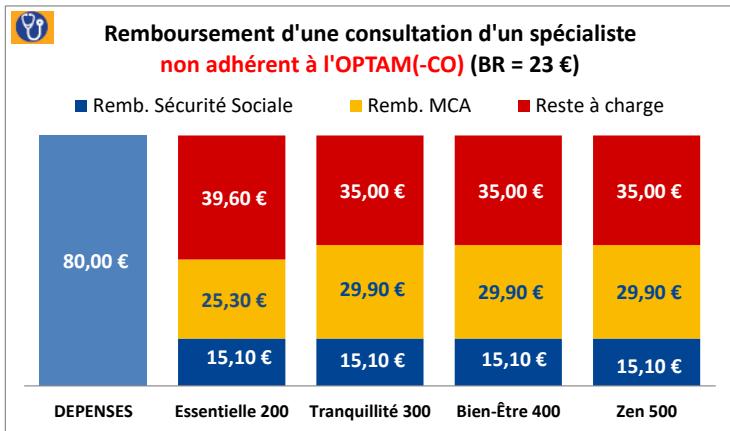
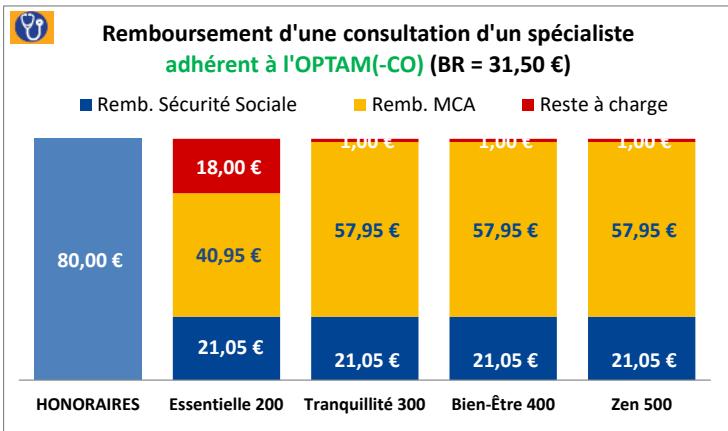
OPTIQUE



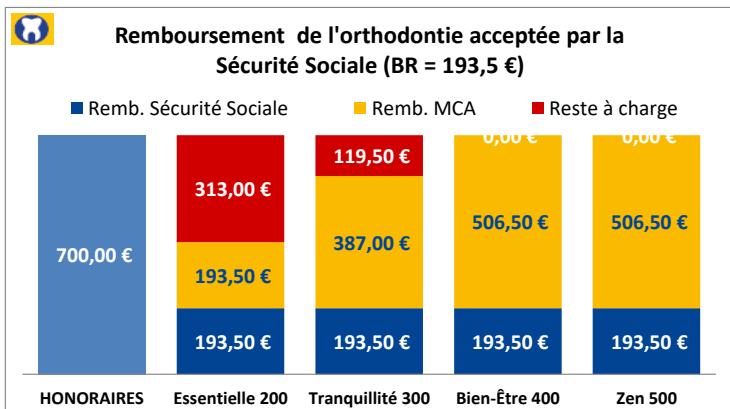
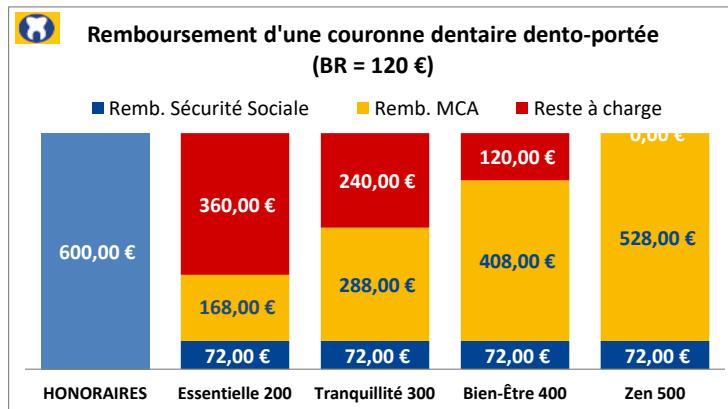
FLEX'TNS

Exemples de remboursements au régime général :

SOINS COURANTS



DENTAIRE



OPTIQUE

