

Nom du produit : SERENITE

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 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, les frais de séjour hôpitaux conventionnés et non conventionnés, la chambre particulière*, le forfait actes lourds, forfait téléviseur durant l'hospitalisation, 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 appairage, autres compléments, lentilles prescrites prises en charge ou non par le régime obligatoire, forfait basse vision, chirurgie réfractive et implant intraoculaire).
- ✓ **Le dentaire* (y compris le 100% santé)** : Soins dentaires hors 100% santé : soins dentaires, inlays-onlays, prothèses dentaires hors 100% santé (prises en charges par le régime obligatoire ou non, inlays core, prothèses dentaires provisoires), implantologie (implants, piliers implantaires, radio 3D dans le cadre de l'implantologie), orthodontie (prise en charge ou non par le régime obligatoire), parodontologie (maladies parodontales), prévention bucco-dentaire M'T dents.
- ✓ **Les soins courants** : Honoraires médicaux (généralistes, spécialistes, actes techniques médicaux, forfait actes lourds, forfait patient urgences), 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, achat de véhicule pour personne 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** : Forfait de surveillance médicale, Soins, Hébergements.
- ✓ **Le pack prévention** : prise en charge de la médecine douce et de prestations de confort.
- ✓ **Mon soutien psy** : prise en des consultations de psychologues
- ✓ **Le sport sur ordonnance** pour les personnes en affection longue durée

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Le pack prévention : La pharmacie et l'homéopathie non remboursées par le régime obligatoire*, auxiliaires médicaux hors nomenclature.

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 avec la coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.

* Garanties soumises à restrictions (voir détails dans la fiche de garanties et le règlement mutualiste)



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

- ! Les participations forfaitaires et 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 professionnelle.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

Hospitalisation : la chambre particulière est limitée à 89 jours/an/bénéficiaire pour les séjours en maisons de repos et la rééducation fonctionnelle et à 30 jours pour les séjours en psychiatrie dont **Allocation Journalière forfaitaire** : délai d'attente de 3 mois et 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.

Véhicule pour personne à mobilité réduite (+ moteur) : délai d'attente de 12 mois (hors dispositif 100 % santé) et 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.

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).

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 : carence de 12 mois. Les bilans et la contention sont exclus.

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

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

Le pack fidélité réservé aux adhérents de plus de 16 ans, et ayant 12 ou 24 mois d'ancienneté selon les options.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France Métropolitaine et dans 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, selon les conditions et limites précisées au Règlement Mutualiste.



Quelles sont mes obligations ?

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 la Mutuelle 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.

Lors de la cessation du contrat

- Restituer sa carte de tiers payant.



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 (à minuit).

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 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 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 annuelle 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 ; la résiliation du contrat prenant effet un mois après que la Mutuelle en ait reçu notification.
- En cours d'année, en cas de survenance de certains événements notamment le changement de domicile ou de la situation familiale lorsque ce changement est en relation directe avec le l'objet de la garantie.