Assurance Complémentaire Santé

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 : SNCF

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 les conditions générales et le tableau de garanties qu'il est impératif de lire et de maîtriser pour connaître le montant des prestations, 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** : Les frais de séjour hôpitaux conventionnés et hôpitaux non conventionnés, forfait journalier hospitalier, chambre particulière sans limitation de durée*, chambre particulière en ambulatoire, chambre particulière en psychiatrie*, forfait actes lourds, honoraires chirurgie, anesthésie, maternité, frais d'accompagnement*.
- ✓ **L'optique (*y compris le 100% santé*)** : Equipement adulte (*monture et 2 verres*), équipement enfant (*monture et 2 verres*), compléments optiques (*adaptation et appairage, autres compléments, lentilles prescrites prises en charge ou non par le régime obligatoire*).
- ✓ **Le dentaire (*y compris le 100% santé*)** : Soins dentaires hors 100% santé (*soins dentaires, inlays-onlays*), prothèses dentaires hors 100% santé (*prothèses dentaires prises en charge ou non par le régime obligatoire, inlays core, prothèses dentaires provisoires),* radio 3D dans le cadre de l'implantologie, piliers*, orthodontie (*prise en charge ou non prise en charge par le régime obligatoire*), parodontologie *(maladies parodontales).*
- ✓ **Les soins courants :** Honoraires paramédicaux (*auxiliaires médicaux, transport pris en charge par le régime obligatoire*), honoraires médicaux (*consultations généralistes et spécialistes*, *actes techniques médicaux, forfait actes lourds, forfait patient urgences*), l'imagerie et les analyses médicales (*radiologie, échographie, doppler, acte de biologie*), les médicaments (*pharmacie remboursée par le régime obligatoire)*, le matériel médical (*appareillage, orthopédie, véhicule pour personnes à mobilité réduite*).*
- ✓ **Les cures thermales :** Soins.
- ✓ **Les aides auditives (*y compris le 100% santé*) :** Appareillage auditif, entretien et piles.
- ✓ **Le pack prévention :** prise en charge de la médecine douce et de prestations de confort (vaccin, pharmacie, …)
- ✓ **Dispositif Mon soutien psy :** prise en charge des consultations de psychologues.
- ✓ **Prime de mariage, de naissance ou d'adoption.**
- ✓ **Le sport sur ordonnance** pour les personnes en affection longue durée

LES GARANTIES OPTIONNELLES

L'optique : Forfait basse vision, chirurgie réfractive et implant intraoculaire.
Le dentaire : Implants
La cure thermale : Hébergement.
Le pack fidélité : pédicure, podologue, 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.**

Les garanties précédées d'une 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 conséquences du décès : obsèques, rapatriement de corps…
- ✗ Les frais d'hébergement en maison de retraite et établissements médicaux sociaux

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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! Les participations forfaitaires et franchises sur les boites 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.

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. 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) :** carence de 12 mois et soumis à une limite de renouvellement tous les 3 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 (options).
- ! **Orthodontie non prise en charge par le régime obligatoire :** carence de 12 mois, les bilans et la contention sont exclus.
- ! **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.

Où suis-je couvert ?

- ✓ En France Métropolitaine et départements d'outre-mer (Martinique, Guadeloupe, St Martin, Réunion, Guyane et Mayotte),
- ✓ A l'étranger, selon les conditions et limites précisées au Règlement Mutualiste.

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 évènements 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 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.