

ASSURANCE COMPLEMENTAIRE SANTE

Document d'information sur la garantie d'assurance
Mutuelle MFTGS – Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité
Numéro SIREN - 785 196 155 – GARANTIE CONTRAT INDIVIDUEL



Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur cette garantie dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.
De quel type d'assurance s'agit-il ?

La garantie d'Assurance Complémentaire Santé est destinée 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 de la Sécurité sociale française. La garantie respecte les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations 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 votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Tous actes pris en charge par le régime obligatoire**
- ✓ **Hospitalisation et maternité** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Consultations, visites médecins, examens médicaux, auxiliaires médicaux, analyses de biologie, pharmacie à service médical rendu (SMR) élevé ou modéré (remboursés à 65%, 30% et 15%) par la Sécurité sociale)
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact
- ✓ **Frais dentaires** : Soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : audioprothèses, prothèses
- ✓ **Prévention - bien-être** : médecine complémentaire, contraception, tabac, vaccins
- ✓ **Cures thermales**

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Protection juridique

Dépassement d'honoraires
Implants dentaires, parodontologie, fluorisation, prothèse et orthodontie non remboursée AMO
Chirurgie réfractive
Opérations des yeux (myopie, presbytie)
Chambre particulière hospitalisation et maternité
Frais accompagnement -18 ans

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de soins
- ✓ Fond d'action sociale

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Garantie assistance jusqu'à 10H (aide-ménagère, garde d'enfants, etc.)

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



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les séjours dans les établissements d'hébergement médico-sociaux comme les Maisons d'Accueil Spécialisées (M.A.S), les séjours en rééducation professionnelle, en services de gérontologie et gériatrie, en établissements de long séjour, en Etablissements d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes (E.H.P.A.D) et maisons de retraite.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale
- ✗ Les cures autres que les cures thermales acceptées par le régime obligatoire.
- ✗ Les soins et les frais non remboursés par le régime obligatoire et non expressément prévus dans le descriptif des garanties.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Chambre particulière et lit accompagnant** : limite et plafonnement éventuels prévus au tableau de garanties.
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Dentaire** : plafond annuel sur les prothèses dentaires et l'orthodontie remboursée (le plafond dépend du niveau de garantie choisie).
- ! **Appareillage auditif** : remboursement limité à 1 appareil par oreille et tous les 4 ans
- ! **Médecine complémentaire** : le forfait dépend du niveau de garantie choisie. Le remboursement est limité entre 25 et 45 € par séance selon l'option choisie.
- ! **Pour toutes les garanties** :
 - Tous les forfaits, crédits et plafonds sont exprimés en mois ou années glissantes soit de date à date.
 - Plafonnements dans la limite des seuils fixés par le 100% santé.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Pour les soins à l'étranger, ils doivent être obligatoirement pris en charge par l'organisme obligatoire du membre participant ou de ses ayants droit pour donner lieu à un remboursement complémentaire par la Mutuelle, selon la codification appliquée par le régime obligatoire. La hauteur de remboursement de la Mutuelle est limitée à celle figurant sur le tableau de prestations pour chaque acte. Pour les pays ayant passé une convention de réciprocité avec la sécurité sociale française (Carte Européenne d'Assurance Maladie), la Mutuelle rembourse le ticket modérateur.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties :

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par la Mutuelle,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la Mutuelle,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au 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 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale.
- Informer la Mutuelle des événements suivants, par lettre recommandée, dans les quinze jours qui suivent la connaissance qu'il a de l'un de ces événements :
 - Changements de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité,
 - Changement de profession : dans ce cas, l'assuré 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, à la date indiquée dans le contrat.
Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Semestriel, Trimestriel, Mensuel). Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée au bulletin d'adhésion. En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'adhérent dispose d'un délai de rétractation de 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).

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 par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à la date d'échéance principale du contrat, en adressant à la Mutuelle une notification par lettre, tout autre support durable, déclaration au siège social ou bureau de rattachement, par acte extrajudiciaire au moins deux mois avant cette date,
- à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription de la garantie en cours, par les mêmes moyens qu'en cas de résiliation à l'échéance annuelle ; la résiliation prend alors effet un mois après que la mutuelle en a reçu la notification,
- chaque année lors du renouvellement du contrat, dans les vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis d'échéance si ce dernier vous est envoyé après le 15 octobre,
- en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis.
La résiliation doit être sollicitée dans les trois mois de l'évènement.