

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : La Mutuelle Nationale des Hospitaliers et des professionnels de santé et du social (MNH),
Siège social 45213 Montargis Cedex, mutuelle régie par les dispositions du livre II du code de la mutualité,
immatriculée sous le numéro SIREN 775 606 361



Produits : **MNH Essentya Seniors**

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. En particulier, les niveaux de remboursement seront 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 de la Sécurité sociale française.

Le produit 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 des garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

Certaines prestations sont proposées dans le cadre d'un contrat collectif en inclusion et assurées par MNH Prévoyance.

LES GARANTIES SANTE SYSTEMATIQUEMENT PREVUES :

- ✓ **Soins courants** : consultations, visites et chirurgie, pharmacie, ostéopathie, chiropractie, autres soins courants (imagerie médicale, analyses, auxiliaires médicaux, sage-femme, soins externes et transport)
- ✓ **Cures thermales externes libres (hors hospitalisation)** : honoraires médicaux, traitement thermal, forfait
- ✓ **Dentaire** : soins, prothèses inscrites à la Classification communes des actes médicaux, orthodontie
- ✓ **Appareillage** : prothèses capillaires et mammaires, prothèses auditives, forfait prothèse auditive par oreille, autres prothèses-orthopédie, forfait grand appareillage
- ✓ **Optique** : lunettes remboursées par la Sécurité sociale (monture et verres), lentilles, forfait basse vision
- ✓ **Hospitalisation (tous établissements et régimes)** : honoraires, séjour, supplément chambre particulière, frais d'accompagnement séniors, forfait journalier, location de téléviseur
- ✓ **Prestations Prévention** : vaccin antigrippe, forfaits vaccins voyage, autres vaccins, ostéodensitométrie remboursée par la Sécurité sociale, forfait ostéodensitométrie, forfait pédicure-podologue, détartrage dentaire, forfait substituts nicotiniques

LES GARANTIES PREVOYANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUES :

- ✓ Prestations mariage-PACS du membre participant et participation aux frais funéraires

LES GARANTIES OPTIONNELLES :

(Les options sont fonction du niveau de garantie)

Dentaire : forfait implantologie

Appareillage : forfait prothèses capillaires et mammaires, forfait autres prothèses-orthopédie

Optique : lunettes (sans participation à la Sécurité sociale), chirurgie réfractive



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins réalisés en-dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les frais de santé non remboursés par l'Assurance maladie obligatoire (sauf prestations spécifiques mentionnées au contrat)
- ✗ Les produits pharmaceutiques non remboursés par l'Assurance maladie obligatoire, non prescrits par ordonnance médicale
- ✗ Les frais d'hébergement en établissements médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD)



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! Les franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux, les transports sanitaires, ainsi que la participation forfaitaire d'1€
- ! 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 :

- ! Les prestations sont accordées dans la limite de la dépense réelle
- ! **Optique** : remboursement limité à un équipement (1 monture + 2 verres), par période de 2 ans, réduite à 1 an en cas d'évolution de la vue
- ! **Hospitalisation** : supplément pour chambre particulière limité à 30 jours par année civile en psychiatrie

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



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France et à l'étranger



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine des conséquences figurant ci-dessous

A la souscription du contrat

- Fournir tous documents justificatifs demandés par la Mutuelle (à défaut, report de la prise d'effet de la garantie)

En cours de contrat

- Etre à jour de ses cotisations (à défaut, suspension de la garantie voire radiation)
- Informer la mutuelle de tout changement d'adresse, de coordonnées bancaires, de profession, et de Régime Obligatoire d'Assurance maladie, conformément aux délais prévus par le règlement mutualiste (à défaut, mauvaise exécution du contrat)

En cas de sinistre

- **Santé** : produire les demandes de remboursement accompagnées des justifications prévues dans le règlement mutualiste de la MNH, (sous peine de non remboursement) dans un délai maximum de deux ans à compter :
 - soit de la date d'établissement du relevé de prestations de l'organisme d'Assurance maladie obligatoire
 - soit de la date d'acquit de la facture
 - soit de l'acte médical ou chirurgical
- **Prévoyance** : produire des justificatifs détaillés dans le règlement mutualiste de MNH Prévoyance (sous peine de non prise en charge)



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est due par avance et appelée mensuellement ou trimestriellement.

Elle est précomptée sur la pension CNRACL, prélevée sur le compte bancaire, postal ou de Caisse d'Epargne ou réglée par tout autre moyen.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion et au plus tôt le 1er jour du mois qui suit la date de réception par la MNH, du bulletin d'adhésion daté et signé, le cachet de la Poste faisant foi.

L'adhésion est annuelle à échéance du 31 décembre de l'année en cours et se renouvelle par tacite reconduction sauf résiliation soit à l'initiative de l'adhérent (voir pavé ci-dessous), soit à l'initiative de la mutuelle (résiliation pour défaut de paiement, exclusion pour préjudice volontaire aux intérêts de la mutuelle). La couverture liée aux allocations forfaitaires (mariage-PACS et participation aux frais funéraires) cesse en cas de résiliation du contrat collectif afférent.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Chaque 31 décembre sous réserve d'un préavis de deux mois

Ou
Dans le cadre de situations exceptionnelles prévues par la réglementation (bénéfice de la CMU, de l'ACS, ou d'un contrat collectif obligatoire...)

Votre demande de résiliation doit être adressée par lettre recommandée.