

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



Produit : **MNH Evolya^M Primo**

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 garantie.

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.



Qu'est ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds et figurent dans le tableau de garantie. 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 de contrats collectifs en inclusion et assurées par MNH Prévoyance et/ou IMA Assurances.

LES GARANTIES SANTE SYSTEMATIQUEMENT PREVUES :

- ✓ **Soins courants** : consultations, visites et chirurgie, pharmacie à 65%, autres soins courants (imagerie médicale, analyses, auxiliaires médicaux, sage-femme, soins externes et transport)
- ✓ **Hospitalisation (y compris en ambulatoire)** : séjour, forfait journalier, honoraires

LES GARANTIES PREVOYANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUES :

- ✓ Prestation orphelin de père et de mère
- ✓ Pour le membre participant : garantie dépendance assortie d'une garantie d'assistance (voir la notice afférente CCOPrev01)

LES GARANTIES OPTIONNELLES :

Prévoyance pour le conjoint (voir la notice afférente CCFPrev01)

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE :

- ✓ Action sociale



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 médico-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 :

Santé :

- ! 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
- ! Les pharmacies à 15% et à 30%
- ! Le ticket modérateur sur le dentaire, l'appareillage et l'optique

Prévoyance :

- ! Les garanties dépendance lorsque l'adhésion à la garantie intervient à partir de 65 ans
- ! Les garanties dépendance lorsque la personne souffre d'un état pathologique antérieur à l'adhésion

PRINCIPALES RESTRICTIONS :

Santé :

- ! Les prestations sont accordées dans la limite de la dépense réelle
- ! Hospitalisation : dans la limite de 15 jours par an

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 les 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 les justificatifs détaillés dans le règlement mutualiste de MNH Prévoyance ou de la notice d'information du contrat collectif obligatoire (CCOPrev01) ou facultatif (CCFPprev01) de Prévoyance dans les délais indiqués dans ces mêmes documents (sous peine de non prise en charge)



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables en cours de mois ou en cours de trimestre.

Elle est précomptée sur le salaire ou 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 à l'allocation forfaitaire annuelle (orphelin de père et de mère) ou aux garanties dépendance ou à l'assistance, cesse en cas de résiliation des contrats collectifs ou de la convention d'assistance afférents.

En cas d'impayés de cotisations, à tout moment à la demande de l'organisme assureur, à l'expiration d'un délai de 40 jours suivant l'envoi d'une lettre de mise en demeure.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le contrat peut être résilié :

1/ à la demande de l'adhérent, tous les ans (échéance annuelle du 31 décembre), soit par lettre simple ou tout autre support durable, soit par lettre recommandée ou recommandé électronique, soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle, soit par acte extra-judiciaire, soit, en cas d'adhésion par l'un des modes de communication à distance proposés par la mutuelle, par le même mode de communication, soit par mail, sous réserve du respect d'un préavis de deux mois, avant la date d'échéance ; dès lors que la date d'adhésion au contrat est inférieure à 12 mois.

2/ à la demande de l'adhérent, à n'importe quel moment, dès lors que la date d'adhésion au contrat est égale ou supérieure à 12 mois, par les mêmes moyens que ceux visés en point 1/.